

介護保険住所地特例施設入所・退所連絡票

年 月 日

(宛先) 焼津市長

次の者が下記の施設
に
入所
・
退所
しましたので、連絡します。

入所・退所年月日		年 月 日													
被 保 険 者	被保険者番号														
	フリガナ														
	氏 名											生年月日	年 月 日		
												性 別	男 ・ 女		
	入 所 前 所	〒													
	退 所 後 所	〒													
退所理由	1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他														
保 険 者 名							保険者番号								
施 設	名 称														
	電話番号														
	所 在 地	〒													