

# 介護保険施設 入所・退所 連絡票

平成 年 月 日

福島町長様

次の方が下記の施設 に入所 しましたので、連絡します。  
を退所

入所・退所年月日	平成 年 月 日
----------	----------

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ										
	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日							
			性別	男 ・ 女							
	入所前住所	〒									
	入所後住所	〒									
	退所前住所	〒									
	退所後住所 ※1	〒									
退所理由	1 他の介護保険施設入所      2 死亡      3 その他										

\* 1 死亡の場合は記載不要

保 険 者 名		保 険 者 番 号						
---------	--	-----------	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称										
	電話番号										
	所 在 地	〒									