

介護保険住所地特例施設入所・退所連絡票

令和 年 月 日

福島町長 様

介護保険施設

次の者が下記の施設 に入所 しましたので、連絡します。
を退所

入所・退所年月日	令和 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	〒									
	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	〒									