

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

泉佐野市長 様

介護保険施設

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	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 ※	〒													
退所理由	1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他														

※ 死亡退所の場合は記載不要

保険者番号							保険者名			
-------	--	--	--	--	--	--	------	--	--	--

施 設	名称													
	電話番号													
	所在地	〒												