

介護保険 住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

年 月 日

檀原市長

施設名

施設長

次の者が下記の施設
に 入所・入居
・
を 退所・退居
しましたので、連絡します。

入所(居)・退所(居)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	明・大・昭	年	月	日							
			性 別	男	.	女								
	入所(居) 前住所													
	退所(居) 後住所 *1	〒												
退所(居) 理由	1 他の住所地特例対象施設入所（居） 2 死亡 3 その他（ ）													

*1 死亡退所(居)の場合は記載不要

保険者名	檀 原 市	保険者番号	2	9	2	0	5	2
------	-------	-------	---	---	---	---	---	---

施設	名 称	
	電話番号	
	所在地	〒