

介護保険住所地特例施設入所・退所連絡票

年 月 日

潮来市長 様

(介護保険施設名)

印

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	年 月 日
----------	-------

被 保 険 者	被保険者番号											
	フリガナ										生年月日	年 月 日
	氏名										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 死亡退所の場合は記載不要

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

施 設	名 称											
	電 話 番 号											
	所 在 地	〒 -										