

介護保険施設入所・退所連絡票

年 月 日

潮来市長 様

(介護保険施設名)

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(居)・退所(居) 年 月 日	年 月 日
----------------------	-------

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0															
	フリガナ														生年月日	年 月 日			
	氏 名														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