

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

宇城市長 様

施設名

印

次の方が下記の施設
 に入所
 ・
 を退所
 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																			
	個人番号																			
	フリガナ																			
	氏 名																生年月日		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

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

施 設	事業所番号																			
	名 称																			
	電話番号																			
	所 在 地		〒																	