

介護保険住所地特例対象施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

松崎町長 様

(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 ・ 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	〒					