

介護保険 住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

令和 年 月 日

大牟田市長 様

(施設名)

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	令和 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	〒												
※1 退所(居)後住所	〒													
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		保 険 者 番 号					
---------	--	-----------	--	--	--	--	--

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