

# 介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

渋川市長 様

介護保険施設

に入所

次の者が下記の施設 ・ 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													個人番号						
	氏 名													生年月日	明・大・昭	年	月	日		
	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	〒																	