

介護保険住所地特例施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

年 月 日

牧之原市長

住所地特例対象施設

所在地

名称

代表者



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 | 年 月 日 |
|----------------------|-------|

| | | | | | | | |
|------------------|----------------|-------------------------------|------|-------|----|---|---|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | | | | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | |
| | 入所(居)前住所 | 〒 | | | | | |
| | 退所(居)後住所 ※1 | 〒 | | | | | |
| | 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 | 〒 |