

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

小山市長 様

介護保険施設名

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												
	氏 名												
													生年月日
		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 退所後住所について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	〒										