

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

吉岡町長 様

介護保険施設

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
----------	-------

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	〒																