

介護保険「住所地特例」施設入所・退所連絡票

年 月 日

(提 出 先)
足 立 区 長

次の者が 当施設 に入所
・ したため、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											生 年 月 日			
	氏 名											明・大・昭			
	入所前住所	〒	—											年 月 日	
	退所後住所 <small>(死亡の場合は記載不要)</small>	〒	—												
	退所理由	1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 長期入院 4 その他 ()													

保険者名及び保険者番号															
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

施設名称

電話番号

所在地