

# 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	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																	
	フリガナ	生 年 月 日																	
	氏 名	明・大・昭																	
	入所前住所	〒 ー																	
	退所後住所 <small>(死亡の場合は記載不要)</small>	〒 ー																	
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	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																	

施設名称

電話番号

所在地