

介護保険 住所地特例対象施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

山陽小野田市長 宛

(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

令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号																			
	フリガナ													生年月日	明・大・昭					
	氏名														年 月 日					
	入所前住所	〒												性別	男・女					
	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(居)の場合は記載不要

保険者名

保険者番号

施 設	事業所番号																			
	名称																			
	電話番号																			
	所在地	〒																		