

# 介護保険施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

合 志 市 長 様

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
												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	〒