

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

藤岡市長 様

介護保険施設

に入所
 次の者が下記の施設 ・ 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	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □											
	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 險 者 名	藤 岡 市	保 険 者 番 号	102095
---------	-------	-----------	--------

施 設	名 称	特別養護老人ホーム									
	電 話 番 号										
所 在 地	〒										