

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

施設名

に
 次の者が下記の施設 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 險 者	被保険者番号	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																			
	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		保 険 者 番 号	
---------	--	-----------	--

施	名 称			
	電 話 番 号			
設	所 在 地	〒		