

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
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	保 険 者 番 号
---------	-----------

施 設	名 称										
	電 話 番 号										
所 在 地	〒										