

年 月 日

市（町村）長様

介護保険施設	名 称	
	所 在 地	〒 電話番号

介護保険住所地特例者及び旧措置者 施設 入所・退所 連絡票

次の者が施設 入所 ・ 退所 しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

被 保 険 者	被保険者番号		☐ 旧措置者である ☐ 旧措置者でない	
	フリガナ			
	名前		生年月日	年 月 日
	入所前住所	〒 電話番号		
	退所後住所	〒 電話番号		
	退所理由	☐ 他の介護保険施設へ入所した ☐ 死亡した ☐ その他()		

※ 死亡退所の場合は、退所後住所欄に記入は必要ありません。

保 險 者	
-------	--

※ 保険者名は、都道府県名から記入してください。