

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		<input type="checkbox"/> 旧措置者である	
	フリガナ		<input type="checkbox"/> 旧措置者でない	
	名 前		生年月日	年 月 日
			性 別	男 ・ 女
	入所前住所	〒	電話番号	
	退所後住所	〒	電話番号	
退 所 理 由	<input type="checkbox"/> 他の介護保険施設へ入所した <input type="checkbox"/> 死亡した <input type="checkbox"/> 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 険 者	
-------	--

※ 保険者名は、都道府県名から記入してください。