

# 介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

安芸市長様

施設名：

次の者が下記の施設  
・  
に入所  
を退所  
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												
	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

保険者名		保険者番号									
------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名称											
	電話番号											
	所在地	〒										