

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

那須塩原市長 様

施設名

次の者が下記の施設に
入所
・
退所
しましたので連絡します。

入所・退所年月日	平・令 年 月 日
----------	-----------

被 保 険 者	被保険者番号								
	フリガナ				生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名				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	〒