

介護保険施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

鏡野町長 様

施設名

に入所

次の者が下記施設

しましたので、連絡します。

を退所

入所・退所年月日	令和 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 死亡の場合は記入不要

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

施 設	名　　称										
	電話番号										
	所　在　地	〒									
	事業所番号										