

# 介護保険 住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

令和 年 月 日

鏡野町長 様

施設名

管理者

次の者が下記の施設 に 入所・入居  
を 退所・退居 しましたので、連絡します。

入所(居)・退所(居)年月日	令和 年 月 日
----------------	----------

被 保 険 者	被保険者番号											
	フリガナ								生年月日	大正・昭和・平成		
	氏 名									年 月 日		
									性 別	男 ・ 女		
	入所(居)前住所	〒										
	退所(居)後住所 <small>*1 死亡退所(居)の 場合は記載不要</small>	〒										
退所(居)理由	1. 他の住所地特例対象施設入所(居)      2. 死亡      3. その他											

保険者名	鏡野町	保険者番号	3	3	6	0	6	5
------	-----	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称	
	電話番号	
	所在地	〒