

介護保険施設入所・退所連絡票

年 月 日

木古内町長 様

介護保険施設

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 者	被保険者番号							
	フリガナ							
保 險 者	氏 名	生年月日	明・大・昭 年 月 日					
		性 別	男 ・ 女					
施 設	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 死亡の場合は記載不要

保険者名		保 険 者 番 号						
------	--	-----------	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称						
	電 話 番 号						
	所 在 地	〒					