

介護保険住所地特例施設入所・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して退所しましたので、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								
入 所 前 住 所	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	〒										