

介護保険(他市町村)住所地特例 入所・退所 連絡票

年 月 日

留 萌 市 長 様

介護保険施設等名

次の者が下記の施設 に入所 しましたので、連絡します。
を退所

入所・退所年月日	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 死亡退所の場合は記入不要

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

施 設	名 称												
	電話番号												
	所 在 地	〒											