

# 介護保険 住所地特例施設 入所・退所連絡票

令和 年 月 日

神石高原町長 様

(介護保険施設名)

次の者が下記の施設 に入所 いたしましたので、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																			
	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載不要

保険者名 保険者番号

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