

# 介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

(あて先) 胎内市長

(介護保険施設名)

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 険 者	被保険者番号		生年月日	明・大・昭
	フリガナ			年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	〒 —		
	電話番号	( )		
退所理由	1 他の介護保険施設入所      2 死亡      3 その他			

保 険 者 名		保 険 者 番 号	
---------	--	-----------	--

施 設	名 称	
	電 話 番 号	( )
	所 在 地	〒 —