

介護保険 住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居)・連絡票

年 月 日

白糠町長 棚 野 孝 夫 様

(施設名)
(代表者) 印

に 入所・入居
次の者が下記の施設 しましたので、連絡します。
を 退所・退居

入所(居)・退所(居)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(居) 前住所	〒												
	退所(居) 後住所※	〒												
退所(居) 理由	1 他の住所地特例対象施設入所(居) 2 死亡 3 その他													

※死亡退所(居)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	〒										