

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

石 狩 市 長 様

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・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（居） 前住所	〒									
	退所（居） 後住所 * 1	〒									
退所（居）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、退所後住所の記載不要

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

施 設	名 称										
	電話番号										
	所在地	〒									