

介護保険 住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居)連絡票

令和 年 月 日

喜界町長 殿

住所地特例対象施設

施設所在地
施設名

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	令和 年 月 日
----------------	----------

被 保 険 者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏名		生年月日	
			性別	
	入所(居) 前住所	〒		
	退所(居) 後住所 ※1	〒		
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			

※1 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	〒	