

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

(あて先)
福 津 市 長

(施設名)

印

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										
	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	〒									