

介護保険施設 入所・退所連絡票

年 月 日

坂出市長 殿

介護保険施設名

施設長

次の者が下記の施設に 入所 ・ 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	
																					性別	
	入所前住所																					
	退所後住所※																					
退所理由	1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他																					

※ 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																		