

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

坂 出 市 長 様

(住所地特例対象施設)

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	令和 年 月 日
----------	----------

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ										
	氏 名										
	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	〒