

介護保険住所地特例施設入所・退所・連絡票

令和 年 月 日

我孫子市長 あて

所在地

名称

次の者が下記の施設 に入所 しましたので連絡します。
を退所

入所・退所年月日	令和 年 月 日
----------	----------

被 保 険 者	被保険者番号		生年月日
	フリガナ		明・大・昭 年 月 日
	氏 名		性 別
			男 ・ 女
	入所前住所	〒	
	退所後住所 *1	〒	
退所理由	1 他の住所地特例対象施設入所 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	〒