

# 介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

佐々町長 様

(介護保険施設)

住 所

氏 名

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	大・昭	年	月	日						
			性別	男	・	女							
	入所前住所	〒											
	退所後住所 <small>※死亡の場合は記載不要</small>	〒											
退所理由	1.他の介護保険施設入所 2.死亡（ 月 日） 3.その他（ ）												

保 険 者 名		保 険 者 番 号									
---------	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称										
	電話番号										
	所在地	〒									

※施設所在地の市町村と、入所（または退所）者の保険者である市町村の双方に連絡してください。