介護保険 住所地特例対象施設 入所・退所 連絡票

年　　月　　日

松 前 町 長　様

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。

住所地特例対象施設

入所（居）・退所（居）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（居）前住所	〒 電話番号		
	退所（居）後住所 ※1	〒 電話番号		
	退所（居）理由	1　他の介護保険施設入所（居） 2　死　亡 3　その他（　　）		

※1 死亡退所（居）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	〒