

介護保険施設等 入所・退所 連絡票

松 前 町 長 様

住 所

施 設 名

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	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								
	入所前住所	〒										
			電話番号									
	入所後住所	〒										
			電話番号									
	入所理由	1 正規施設入所 2 その他 ()										
退所前住所	〒											
		電話番号										
退所後住所 ※1	〒											
		電話番号										
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