

# 介護保険 住所地特例対象施設 入所（居）・退所（居）連絡票

平成 年 月 日

松前町長様

(住所地特例対象施設)

印

次の者が下記の施設 に入所（居） しましたので、連絡します。  
を退所（居）

入所（居）・退所（居）年月日	平成 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	〒									