

介護保険施設等 入所・退所 連絡票

松前町長様

住所

施設名

印

次の者が下記の施設に
入所・退所 しましたので連絡します。

入所・退所年月日	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