

# 介護保険(住所地特例)施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

年 月 日

小郡市長 様

(施設名) \_\_\_\_\_ 印

次の者が下記の施設 に入所・入居  
を 退所・退居 しましたので、連絡します。

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	〒 _____									
	退所(居)後住所 *1	〒 _____									
退所(居)理由	1 他の住所地特例対象施設入所(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	〒 _____									