

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

九重町長 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。

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	〒									
	退所後住所	〒									
* 1											
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

保険者名	九重町	保険者番号	4	4	4	6	1	2
------	-----	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称										
	電話番号										
設	所在地	〒									