

介護保険住所地特例施設 入所 ・ 退所連絡票

年 月 日

名護市長 殿

施設名
所在地
施設長 印

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

入所年月日	年 月 日
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	〒									
退所理由											

*死亡退所の場合は記載不要

保険者名		保険者番号					
------	--	-------	--	--	--	--	--

施 設	名 称										
	電話番号										
	所 在 地	〒									