

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

多治見市長

施設名

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・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
	入所前 住 所	〒												
	退所後 住 所	〒												
	退所理由	(※ 1 死亡退所の場合は記載不要) 1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他												

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

施 設	名 称											
	電話番号											
	所 在 地	〒										