

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

能代市長 様

介護保険施設

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

施 設	名 称			
	電 話 番 号			
	所 在 地	〒		

介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

能代市長 様

介護保険施設

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
		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 險 者 名		保 険 者 番 号					
---------	--	-----------	--	--	--	--	--

施 設	名 称					
	電 話 番 号					
	所 在 地	〒				