

# 介護保険施設 入所 ・ 退所 連絡票

令和 年 月 日

三 戸 町 長 あて

申請者 所在地  
名 称  
代表者

次の方が下記の施設 （ に入所 ・ を退所 ） しましたので連絡します。

入所・退所年月日	令和 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	1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他 ( )													

保険者名	三 戸 町	保険者番号	0	2	4	4	1	4
------	-------	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	事業者番号														
	名 称														
	電話番号														
	所在地	〒													