

介護保険住所地特例施設入所・退所連絡票

年 月 日

西尾市長様

(介護保険施設名)

印

次の利用者が下記の施設を 入所 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		保 険 者 番 号						
---------	--	-----------	--	--	--	--	--	--

介 護 保 険 施 設	名 称						
	所 在 地	〒					
	電 話 番 号	() -					