

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

(提出先)

川 越 市 長

施設所在地

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			
			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	〒									