

介護保険 住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

令和 年 月 日

(あて先) 岩沼市長

(施設名)

印

次の者が下記の施設
に 入所・入居
・
を 退所・退居
しましたので、連絡します。

※太わくの中をご記入ください

入所(居)・退所(居)年月日	令和	年	月	日
----------------	----	---	---	---

被 保 険 者	被保険者番号																			
	フリガナ													生年月日	明・大・昭					
	氏名														年	月	日			
	入所(居)前住所	〒												性別	男・女					
	退所(居)後住所*1	〒																		
	退所(居)理由	1 他の住所地特例対象施設入所(居)						2 死亡			3 その他									

*1 死亡退所(居)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	〒																	

収	
受	