

介護保険施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

三次市長 様

施設名

代表者名

入所
 次の者が下記の施設 ・ しましたので連絡します。
 退所

入所・退所 年月日	令和 年 月 日
-----------	-------------------

被 保 険 者	被保険者番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>														
	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 (死亡は記載不要)	〒														
退 所 理 由	1 他の介護保険施設入所（居） 2 死亡 3 その他															

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

施 設	名 称		
	電 話 番 号	() -	
	所 在 地	〒	