

介護保険施設 入所・退所連絡票

年 月 日

奥 尻 町 長 様

住 所
代表者氏名

印

次の者が下記の施設
に
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
----------	-------

被保険者番号		生年月日	明・大・昭 年 月 日
被 保 険 者	フリガナ		
	氏 名	性 別	男 ・ 女
	入所前	〒	
	退所後 *	〒	
退所理由	1. 他の介護保険施設への入所 2. 死亡 3. その他		

* 死亡退所の場合記載不要

保険者名	奥 尻 町	保険者番号	0	1	3	6	7	2
------	-------	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称	
	電話番号	
	所在地	〒