

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

大崎町長 殿

申請者 住所
氏名
電話番号

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	令和 年 月 日
-----------	----------

被 保 険 者	被保険者番号	4 6 8 0							
	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	大 崎 町	保険者番号	4	6	4	6	8	5
------	-------	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称								
	電話番号								
	所 在 地	〒							