

# 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  
を退所 しましたので、連絡します。

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	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	〒						