

# 介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

上天草市長 様

介護保険施設

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	年	月	日
----------	---	---	---

被 保 険 者	被保険者番号							
	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	〒							
	退所理由	1 他の介護保険施設入所		2 死亡		3 その他		

\*死亡退所の場合、退所後住所は記載不要

保 険 者 名	上天草市	保 険 者 番 号	4	3	2	1	2	0
---------	------	-----------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称							
	電話番号							
	所在地	〒						