

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

河内長野市長 様

に入所
次の者が下記の施設 ・ 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																			
	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	〒 ー																		
	退所後住所 ※	〒 ー																		
退所理由	1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他																			

※死亡退所の場合は記載不要

保険者名		保険者番号																		
------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称																	
	電話番号																	
	所在地	〒																