

介護保険住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

令和 年 月 日

(あて先) 前橋市長

施設長：_____

次の者が、下記の施設 _____ に入所(居) しましたので、連絡します。
 を退所(居)

入所(居)・退所(居)年月日	令和 年 月 日
----------------	----------

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号											
	氏 名		生年月日	明・大・昭	年	月	日							
			性 別	男 ・ 女										
	入所(居) 前住所	〒												
	退所(居) 後住所 *1	〒												
退所(居)理由	1 他の住所地特例対象施設入所(居) 2 死亡 3 その他													

*1 死亡退所(居)の場合は記載不要

保険者(市町村名)		保険者番号								
-----------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称	
	電話番号	
	所在地	〒

*FAXでもご提出いただけますが、個人情報のお取り扱いにはご注意ください。

FAX : 027-243-4027