

介護保険 住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

士別市長 様

介護保険施設名

施 設 長

㊟

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	年 月 日
----------	-------

個人番号	
------	--

被 保 険 者	被保険者番号															
	フリカ`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	士 別 市	保 険 者 番 号	0	1	2	2	0	3
---------	-------	-----------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称													
	電話番号													
	所在地	〒												