

介護保険施設(入所・退所)連絡票

令和 年 月 日

西海市長 様

介護保険施設

所在地

施設名

代表者名

印

次の方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	年 月 日
----------	-------

被 保 険 者	被保険者番号		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()			

※退所者が他の介護保険施設へ入所した場合記入

施 設	名称	
	電話番号	
	所在地	〒