

介護保険 住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

朝日町長 様

次の者が下記の施設に（ 入所 ・ 退所 ）しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	令和	年	月	日
----------	----	---	---	---

被 保 険 者	被保険者番号												個人番号													
	フリカゝナ													性別	男 ・ 女											
	氏 名													生年月日	明/大/昭 年 月 日											
	入 所 前 住 所	〒																								
	退 所 後 住所 ※1	〒																								
	退 所 理 由	1 他介護保険施設入所 2 死亡 3 その他																								

※1 死亡退所の場合は記載不要

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

施設	名 称	
	電 話 番 号	
	所 在 地	〒