

介護保険（住所地特例）施設 入所（居）・退所（居） 連絡票

【すべての入・退所（居）者に係る連絡用】

年 月 日

（宛先）佐久穂町長 様

施設名 _____
施設長 _____

次の者が以下の介護保険施設 に入所・入居 しましたので、連絡します。
を退所・退居

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

被 保 険 者	被保険者番号								
	フリガナ						生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
	氏 名								性 別
	入所前住所	(〒 -)							
	退所理由	1・他介護保険施設入所 2・自宅 3・入院 4・死亡 5・その他 ()							
	退所後住所 (死亡退所の場合 合記載不要)	(〒 -)							
	死亡退所者 の身元引受人	住 所	(〒 -)					電話 ()	被保険者と の関係
		アパート名等							
氏 名									

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

施 設	所在地 名 称 電話番号 (ゴム印で可)	
--------	-------------------------------	--

※この連絡票は、住所地特例の運用有無にかかわらず、すべての入・退所（居）者について佐久穂町に提出してください。