

介護保険施設 入所・退所 連絡票
 (介護保険住所地特例 該当 非該当)

年 月 日

むかわ町長 様

住所

施設名

次の者が下記の

介護保険施設

特定施設

養護老人ホーム*

に入所

を退所

しましたので、連絡します。

* 老人福祉法の入所措置がとられている場合

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

被 保 険 者	被保険者番号													
	フリガナ									性別				
	氏名									生年月日	年	月	日	
	入所前住所	〒												
			電話番号											
	退所後住所※	〒												
		電話番号												
	退所理由	1 他の介護保険施設入所			2 死亡			3 その他						

※死亡退所の場合は記載不要

保険者氏名	む かわ 町	保険者番号	0	1	5	8	6	7
-------	--------	-------	---	---	---	---	---	---

施 設 名	名称	
	電話番号	
	所在地	

介護保険施設→むかわ町