

介護保険 住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

年 月 日

上野原市長 あて

(施設名)

次の者が下記の施設 に入所・入居
 ・
 を退所・退居 しましたので、連絡します。

入所(居)・退所(居)年月日	年 月 日
----------------	-------

被 保 険 者	被保険者番号												
	フリガナ												
	氏 名	生年月日	明・大・昭	年	月	日							
		性 別	男	・	女								
	入所(居)前住所	〒											
	退所(居)後住所 *1	〒											
退所(居)理由	1 : 他の住所地特例対象施設入所 (居) 2 : 死亡 3 : その他 ()												

*1 死亡退所(居)の場合は記載不要

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

施 設	名 称		登録番号	
	電話番号			
	所在地	〒		

※入退所があった場合、保険者となっている市区町村及び施設所在市区町村の両方に、この連絡票を用いて通知してください。