

介護保険施設 入所 ・ 退所 連絡票

年 月 日

(あて先) 志摩市長

に入所
 次の者が下記の施設 しましたので、連絡します。
 を退所

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

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

※1 死亡退所の場合は記載不要

保険者名	志摩市	保険者番号	242156
------	-----	-------	--------

施 設	名称			
	電話番号			
	所在地			