

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

知内町長 様

施設名  
代表者名

次の者が下記の施設  
・  
に入所  
を退所 致しましたので、ご連絡致します。

入所・退所年月日			
被 保 険 者	被 保 険 者 番 号		
	フリガナ	生年月日	
	氏 名	性 別	
	住 所		
	備 考		
	退 所 理 由	1 他の介護保険施設入所      2 死亡      3 その他	
保 険 者 名		保険者番号	
施 設	名 称		
	電 話 番 号		
	所 在 地		