

介護保険 住所地特例対象施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

北広島町長 様

施設名

代表者名

次の者が下記の施設 に入所 ましたので連絡します。
を退所

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

被 保 險 者	被保険者番号	<input type="text"/>		
	フリガナ	<input type="text"/>		
	氏名	<input type="text"/>	生年月日	明・大・昭 年 月 日
			性別	男・女
	入所前住所	〒 <input type="text"/>		
退所後住所 (死亡は記載不要)	〒 <input type="text"/>			
退所理由	1 他の住所地特例対象施設入所（居） 2 死亡 3 その他			

保険者名	<input type="text"/>	保険者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------	----------------------	-------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

施 設	名称	<input type="text"/>
	電話番号	() -
	所在地	〒 <input type="text"/>