

介護保険 住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

令和 年 月 日

加古川市長 様

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 令和 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											
	電話番号											
	所在地	〒										