

様式第5号(第8条関係)

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

城里町長 様

(施設名)

印

次の者が下記の施設 に入所
 ・ 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	男	・	女								
	入所前住所	郵便番号												
	退所後住所 *1	郵便番号												
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		保険者番号								
------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称											
	電 話 番 号											
	所 在 地	郵便番号										