

介護保険住所地特例対象施設 入所（居）・退所（居） 連絡票

年 月 日

富津市長 様

施設名  
施設長

印

に入所（居）

次の者が下記の施設 しましたので連絡します。

を退所（居）

入所（居）・退所（居）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（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	〒						