

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

みやこ町長 様

介護保険施設長

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	大・昭	年	月	日					
			性 別	男	・	女						
	入所前住所	〒										
	退所後住所	〒										
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										

