介護保険（住所地特例）施設　入所・退所　連絡票

令和　　年　　月　　日

（保険者名）　　様

施設名

次の者が下記の介護保険施設　に入所・を退所　しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	令和　　年　　月　　日

被保険者	被保険者番号				
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　年　月　日	
	氏名		性別	男・女	
	入所前住所（入所時のみ記入）	〒			
	退所理由	1 他の介護保険施設入所　2 自宅　3 入院　4 死亡　5 その他（　　）			
	退所後住所（死亡退所の場合記入不要）	〒			
	身元引受人（死亡退所の場合のみ記入）	住所	〒		
		アパート団地等		電話	（　　）
		氏名		被保険者との関係	

保険者名	飯田市	保険者番号	2	0	2	0	5	1

施設	所在地 名所 電話番号 （ゴム印で可）	〒 電話　（　　）