

介護保険住所地特例施設 入所 ・ 退所 連絡票

年 月 日

藤 枝 市 長 宛

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 者	被保険者番号													生年月日	年 月 日
	フリガナ														
保 険 者	氏 名												性 別	男 ・ 女	
	入 所 前 住 所	〒													
保 険 者	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	藤 枝 市	保 険 者 番 号	2	2	2	1	4	1
---------	-------	-----------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称											
	電 話 番 号											
	所 在 地	〒										