

# 介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

東庄町長 様

(施設名)

印

次の者が下記の施設 に 入 所  
・  
を 退 所 しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ										
	氏 名	生年月日	明・大・昭	年	月	日					
		性 別	男	・	女						
	入所前住所	〒									
	退所後住所 ※ 1	〒									
退所理由	1 他の介護保険施設			2 死亡			3 その他				

\*1 死亡退所(居)の場合は記載不要

施 設	事業所名										
	事業所番号										
	電話番号										
	所在地	〒									