

介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

大田原市長 様

(介護保険施設名)

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	年 月 日
												性 別	男 ・ 女
	入所前住所	〒 ー											
	退所後住所 * 1	〒 ー											
退 所 理 由	1 帰宅 2 転出 3 死亡 4 入院 5 施設間移動 6 その他												

* 1 死亡退所の場合は記載不要

保 険 者 名	大田原市	保険者番号	0	9	2	1	0	6
---------	------	-------	---	---	---	---	---	---

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