

# 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									