介護保険　住所地特例対象施設入所・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 ・ 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 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	〒　　－