

介護保険 住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

土佐市長 様

施設名 _____

施設長名 _____

次の者が下記の施設に（ 入所 ・ 退所 ）しましたので、連絡します。

入所年月日	令和 年 月 日	退所年月日	令和 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 他介護保険施設入所 2 死亡 3 その他									

※ 1 死亡退所の場合は記載不要

保険者名	土佐市	保険者番号	3	9	2	0	5	0
------	-----	-------	---	---	---	---	---	---

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