

介護保険施設 入所 ・ 退所 連絡票

令和 年 月 日

中島村長 様

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 | 令和 年 月 日 |
|----------|----------|

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|-----------|--|
| 被 保 険 者 名 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 大・昭 年 月 日 | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | | | | 性 別 | 男 ・ 女 | |
| | 住 所 | 〒 電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 退所理由 | 1. 他の介護保険施設入所 2. 死亡 3. その他 () | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|--------|-------|-------|-------------|
| 保険者市町村 | 中 島 村 | 保険者番号 | 0 7 4 6 5 8 |
|--------|-------|-------|-------------|

| | | |
|--------|-------|---|
| 施 設 | 名 称 | |
| | 電話番号 | |
| | 所 在 地 | 〒 |