

# 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	〒