

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

（あて先）入間市長

介護保険施設

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	明・大・昭	年	月	日						
	入所前住所	〒									
	退所後住所	〒									
	* 1										
	退所理由	1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他									

* 1 死亡退所の場合は記載不要

保険者名		保険者番号						
------	--	-------	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称										
	電話番号										
	所 在 地	〒									