

介護保険（住所地特例）施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

寿 都 町 長 様

届出者

次の者が下記の施設 に入所 いたしましたので、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											個人番号										
	フリガナ											生年月日	明・大・昭 年 月 日									
	氏 名											性 別	男 ・ 女									
	入所前住所	〒																				
	退所後住所	〒																				
	退所理由	1 他の介護保健施設入所 2 死亡 3 その他																				

保 険 者 名	寿 都 町	保 険 者 番 号	0	1	3	9	2	0
---------	-------	-----------	---	---	---	---	---	---

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