

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

南種子町長 殿

施設名

住 所

次の者が下記の施設
に 入所
を 退所
しましたので連絡します。

入所・退所年月日	令和 年 月 日	
----------	----------	--

被 保 険 者	被保険者番号	5	0	2	0	0										
	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	〒														
	※1 退所後住所	〒														
退所理由	1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他（ ）															

※1 については退所理由が「死亡」の場合は記載不要

保険者名	南種子町	保険者番号	4	6	5	0	2	1
------	------	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称											
	電話番号											
	所 在 地	〒										