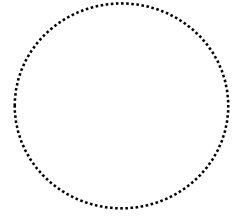


介護保険 住所地特例施設入所・退所連絡票



令和 年 月 日

加西市長 あて

事業者名

次の者が下記施設 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	被保険者番号														
	フリガナ											生 年 月 日	大・昭 年 月 日	性 別	男 ・ 女
	被保険者氏名														
	入所前住所	〒													
	退所後住所	〒													
退所事由	1. 自宅 2. 他の介護保険施設入所（施設名： ） 3. 死亡 4. 医療機関入院（病院名： ） 5. その他（ ）														

* 死亡退所の場合、退所後住所欄は記入不要

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

施 設	名称		事業所番号										
	電話番号												
	所在地	〒											

※異動（入所または退所）があった場合は、速やかに提出してください。
※連絡票は、保険者の市町村と施設所在地の市町村の両方に提出してください。

市処理欄

摘要	<input type="checkbox"/> 当該市町村施設入所者 <input type="checkbox"/> 住所地特例者 <input type="checkbox"/> 他市町村住所地特例者	入力日	
----	---	-----	--