

介護保険住所地特例施設入所(居)・退所(居)連絡票

令和 年 月 日

(あて先)酒々井町長
(介護保険班扱い)

施設名

に 入所・入居
次の者が下記の施設 しましたので、連絡します。
を 退所・退居

入所(居)・退所(居)年月日	令和 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 ※2 3その他									

※1 死亡退所の場合は記載不要。
※2 死亡による退所の場合は、今後の送付先を下欄に記入してください。

保 険 者 名		保 険 者 番 号						
---------	--	-----------	--	--	--	--	--	--

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

酒々井町の被保険者で本人死亡による退所の場合は、今後書類をお送りするご家族(相続人)を記入してください。

送 付 先	住 所	〒									
	電 話 番 号										
	フリガナ									被保険者との関係	
	氏 名										