

# 介護保険住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

年 月 日

吉川市長様

施設名 .....

担当者氏名 .....

次の方が施設  
 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	フリガナ		被 保 険 者 番 号									
	氏 名		生 年 月 日	明・大・昭		年 月 日						
			性 別	男 ・ 女								
	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	〒									

吉川市 記入欄	摘要 <input type="checkbox"/> 住所地特例者 <input type="checkbox"/> その他 ( 住民票異動 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )	
------------	---	--