

# 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

赤磐市長 様

住 所  
施設名  
代表者

次の者が下記の施設 に入所・入居  
・ 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	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
										性 別	男 ・ 女	
	入所(居)前住所	〒										
	退所(居)後住所 *1	〒										
退所(居)理由	1 他の住所地特例対象施設入所(居)    2 死亡    3その他											

\*1 死亡退所(居)の場合は記載不要

保険者名	赤 磐 市	保険者番号	3	3	2	1	3	0
------	-------	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称											
		事業所番号										
	電話番号											
	所在地	〒										