介護保険施設　入所・退所　連絡票

年　　月　　日

赤磐市長　殿

施設名

下記のとおり異動がありましたので、連絡します。

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　年　月　日
	氏　　名		性　別	□男　・　□女
	入所前住所			
	入所年月日	年　　月　　日		
	退所後住所			
	退所年月日	年　　月　　日		

※死亡退所の場合は、退所後住所の記入は不要です。

退所の理由	1　他の介護保険施設 施設名（　　）
	2　病院等 病院名（　　）
	3　在宅
	4　死亡
	5　その他 具体的に（　　）

※該当に〇を付けてください。