

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	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 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○を付けてください。