

介護保険住所地特例対象施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

(宛先)新居浜市長

住所地特例対象施設

に
 次の方が下記の施設 ・ に入所
 を退所 しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	令和 年 月 日
----------	----------

被 保 険 者	被保険者番号											
	フリガナ										生年月日	明・大・昭
	氏名											年 月 日
	入所前住所	〒										
	退所後住所 ※1	〒										
	退所理由	1 他の住所地特例対象施設入所 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	〒										