

介護保険 住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

(あて先)
南魚沼市長

施設名称

次の者が下記の施設
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	被保険者番号											
	フリガナ							生年月日				
	氏 名							性 別	男 ・ 女			
	入居前住所	〒										
	退居後住所 ※ 1											
	退所理由	1. 他の介護保険施設入所 2. 死亡 3. その他										
備 考												

※ 1 死亡退所の場合は記載不要

保険者名	南魚沼市	保険者番号	152264
------	------	-------	--------

施 設	名 称				
	電話番号			事業所番号	
	所在地	〒			