

介護保険 住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

令和 年 月 日

(あて先) 戸沢村長

(施設名)

次の者が下記の施設
 に入所・入居
 ・
 を退所・退居
 しましたので、連絡します。

※太わくの中をご記入ください

入所(居)・退所(居)年月日	令和 年 月 日
----------------	----------

被 保 険 者	被保険者番号																			
	個人番号																			
	フリガナ													生年月日	明・大・昭					
	氏名													年 月 日	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		保険者番号									
------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名称																		
	電話番号																		
	所在地	〒																	

【戸沢村使用欄】

決 裁 欄	課長	係長	担当	収 受	