

介護保険 住所地特例対象施設 入所（居）・退所（居） 連絡票

年 月 日

大槌町長 様

施設名
代表者氏名

に入所（居）
次の者が下記の施設 しましたので連絡します。
を退所（居）

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

被 保 険 者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏 名	生年 月日	年 月 日	
	入所（居）前住所			
	退所（居）後住所 ※死亡の場合は記載 不 要			
	退所（居）理由	1. 他の介護保険施設入所（居）	2. 死亡	3. その他
	備 考			

施 設	名 称	
	電 話 番 号	
	所 在 地	