

介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

和泉市長 あて

次の者が下記の施設
に入所・
を退所
しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	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					
			性 別	男	・	女					
	入所前 住 所	〒									
退所後 住 所	〒										
	* 1										
退所理由	1 他介護保険施設入所 2 死亡 3 その他										

* 1 死亡退所の場合は記載不要

施 設	所 在 地	〒									
	名 称										
	代 表 者										
	電 話 番 号										
	事業所番号										

※代表者が自署しない場合は、記名押印をしてください。