

介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

大垣市長 様

施設所在地 _____

施設名
(代表者) _____

次入所の者が次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								
	氏 名		生年月日	明・大・昭 年 月 日					
			性 別	男 ・ 女					
	入所前住所	〒							
	退所後住所 *1	〒							
退 所 理 由	1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他								

* 1 死亡退所の場合は記載不要

保 険 者 名	大 垣 市	保険者番号	2	1	2	0	2	7
---------	-------	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称										
	電 話 番 号										
	所 在 地	〒									