

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

滝川市長 様

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

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	明・大・昭	年	月	日					
	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	〒 —								