

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

波 佐 見 町 長 様

介護保険施設名

次の者が下記の施設 に入所
・ しましたので、連絡します。
を退所

入所・退所年月日	令和 年 月 日
----------	----------

被 保 険 者	被保険者番号													
	フリガナ													
	氏 名												生年月日	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	波佐見町	保険者番号	4	2	3	2	3	6
------	------	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称	
	電話番号	
	所 在 地	〒