

介護保険住所地特例施設入所・退所連絡票

年 月 日

(あて先) さいたま市長

施設名

次の者が施設 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											生年月日	明・大・昭		
	フリガナ												年 月 日		
	氏 名											性 別	男 ・ 女		
	入所前住所														
	*退所後住所														
	退 所 理 由	1 他の介護保険施設に入所 2 死亡 (年 月 日) 3 その他 ()													

* 退所後住所については、死亡退所の場合は、遺族の連絡先を記載してください。

保険者名		保険者番号					
------	--	-------	--	--	--	--	--

施 設	名 称												
	電話番号												
	所在地												