

特定施設入居者生活介護入所・退所連絡表

年 月 日

紋 別 市 長 様

(介護保険施設)

事業所番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

名 称

印

住 所

電 話 番 号

次に入居
 次の者が当施設
 を退去 しましたので、連絡いたします。

入居・退去年月日	年 月 日
----------	-------

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号			
	ふりがな		生年月日	明・大・昭	年 月 日	
	氏 名		性 別	男	・	女
	入所前住所	〒				
	入所後住所	〒				
退 所 理 由	1. 居宅 2. 介護老人福祉施設 3. 介護老人保健施設 4. 介護療養型医療施設 5. 医療機関入院 6. 死亡 7. その他 ()					

保険者番号
 保険者名

0	1	2	1	9	5
紋 別 市					