

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

鹿児島市長 殿

施設名
代表者名

印

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					
		性別	男 ・ 女								
	入所(居)前住所	〒									
	退所(居)後住所 ※	〒									
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										

※ 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	〒									