

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

伊予市長 様

(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	明・大・昭	年	月	日
	入所前住所	〒														
	退所後住所 ※ 1	〒														
	退所理由	1. 他の住所地特例対象施設入所 2. 死亡 3. その他														

※1 死亡退所の場合は記載不要

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

施 設	名 称	
	電話番号	
	所在地	〒