

介護保険 住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

令和 年 月 日

(あて先) 山形市長

(施設名)

次の者が下記の施設
に 入所・入居
・
を 退所・退居
しましたので、連絡します。

※本わくの中をご記入ください

入所(居)・退所(居)年月日	令和 年 月 日
----------------	----------

被 保 険 者	被保険者番号													
	フリガナ												生年月日	明・大・昭
	氏名													年 月 日
	入所(居)前住所	〒											性別	男・女
	退所(居)後住所*1	〒												
	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						

*1 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	〒										