

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

厚沢部町長 様

次の者が下記の施設
に入所（居）
を退所（居）
しましたので、連絡します。

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																						

保 險 者 名		保 險 者 番 号						
---------	--	-----------	--	--	--	--	--	--

施 設	所 在 地	〒
	名 称	
	電 話 番 号	