

介護保険施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

年 月 日

宇和島市長 様

施設所在地
施設名称
施設長名

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。

入所(居)・退所(居)年月日	年 月 日	要介護度	1・2・3・4・5
----------------	-------	------	-----------

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*1	〒									
退所(居)理由	1 他の介護保険施設入所(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	〒								