

介護保険 住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

うるま市長 様

施設・事業所名

施設・事業所所在地

管理者・施設長名

職

氏名

印

次の者が下記の施設（ に入所 ・ を退所 ） しましたので、連絡します。

□入所・□退所年月日	令和 年 月 日
------------	----------

被 保 険 者 情 報	被保険者番号	/	/										
	個人番号												
	フリガナ												
	氏名												
	性別	□男 ・ □女											
	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. 他の介護保険施設入所 2. 死亡 3. その他												

※1 死亡退所の場合は記載不要

保険者市町村名		保険者番号							
---------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

施 設 情 報	事業者番号												
	事業所名												
	サービス種類												
	事業所所在地	〒 -											
	電話番号												

