

介護保険施設 入所 ・ 退所 連絡票

年 月 日

神山町長 様

事業所
名称 _____ 印

次の者が 入所 ・ 退所 しましたので連絡します。

入所 ・ 退所 年月日	年 月 日
-------------	-------

被 保 険 者	被保険者番号		生年月日	明・大・昭	年 月 日
	被保険者氏名		性別	男	・ 女
	入所前 住所	〒 _____ 電話番号 _____			
	退所後 住所 ※注1	〒 _____ 電話番号 _____			
	退所理由	1. 他の介護保険施設 2. 死亡 3. その他()			

※注1 死亡の場合は記載不要です。

保険者名	神山町	保険者番号	3	6	3	4	2	4
------	-----	-------	---	---	---	---	---	---

事 業 所	名称			
	電話番号		連絡担当者	
	所在地			