

介護保険住所地特例施設 入所（居）・退所（居） 連絡票

年 月 日

米沢市長 あて

施設名

印

次の者が下記の施設 に入所（居） しましたので、連絡します。
を退所（居）

入所・退所年月日	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

保険者名		保険者番号							
------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称									
	住 所	〒								
	電話番号									