

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

新宿区長宛

住所地特例対象施設

に
 次の者が下記の施設
 を退所・退居
 に入所・入居
 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 *1	〒								
退所(居)理由	1. 他の住所地特例対象施設入所(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	〒								