

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

十和田市長 様

住所地特例対象施設名 _____

次の者が下記の施設 に入所・入居 しましたので、連絡します。
を退所・退居

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 * 2		保 険 者 番 号 * 2						
----------------	--	------------------	--	--	--	--	--	--

* 2 保険者が十和田市以外の場合記載

施 設	名 称							
	電話番号							
	所在地	〒						