

介護保険 住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

平成 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	平成 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	〒											