

別記様式

介護保険施設 入所・退所 連絡票
(住所地特例対象施設等入所・退所 連絡票)

年 月 日

福島市長

施設名
住所
電話番号
担当者氏名

次の者が施設に（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	フリガナ		被保険者番号																	
	氏名			生年月日	年 月 日															
				性別	男 ・ 女															
	入所前住所	〒																		
	退所後住所	〒																		
退所理由	1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他																			

保 険 者 名		保険者番号																		
---------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称																		
	電 話 番 号																		
	所 在 地	〒																	

- 1 住所地特例対象施設等とは、住所地特例対象施設、地域密着型介護老人福祉施設、グループホームをいいます。
- 2 この連絡票は、介護保険課窓口又は郵送、ファクシミリ等によりご提出ください。

記 福 入 島 欄 市	摘要	被保険者台帳	受給者台帳	受 付 印
	<input type="checkbox"/> 住所地特例者 <input type="checkbox"/> その他			