

様式第4号(第3条関係)

(介護保険)住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

山都町長 様

介護保険施設



次の者が下記の施設 <sup>に入所</sup> <sub>を退所</sub> 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	被保険者番号												
	個人番号												
	フリガナ												
	氏 名											生年月日	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										
	電 話 番 号										
	所 在 地	〒									