

介護保険施設 入所・退所 連絡票

湯浅町 _____

年 月 日

次の者が下記の施設 _____ に入所
を退所 _____ 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	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			
	入所前住所					
退所後住所 ※1						
退所理由	1 他の介護施設入所 2 死亡 3その他()					

※1 死亡退所の場合は記載不要

保険者名	湯浅町	保険者番号	303610
------	-----	-------	--------

施 設	名称	
	電話番号	
	所在地	