介護保険住所地特例施設　入所 ・ 退所 連絡票

年　　月　　日

揖斐広域連合長　様

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											個人番号											
	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																						
	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	名称	
	電話番号	
	所在地	〒