

# 介護保険施設 入所（居）・退所（居）連絡票

令和 年 月 日

三島村長 殿

施設名

代表者名

に 入所 ・ 入居

次の者が下記の施設

しましたので、連絡します。

を 退所 ・ 退去

入所(居)・退所(居)年月日	令和 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	〒																		
退所(居)理由	1 他の施設入所（居） 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	