

介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

白老町長様

(住所)

(施設名)

(代表者)

印

次の者が下記の施設 に入所
 ・ しましたので、連絡します。
 を退所

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

被 保 険 者	被保険者番号											
	フリガナ								生年月日	M・T・S	年 月	
	氏名								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	白老町	保険者番号	0	1	5	7	8	4	
施 設	名称								
	電話番号								
	所在地	〒							