介護保険住所地特例施設　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・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		生年月日	M・T・S　　年　　月　日	
	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	〒