介護保険施設 入所・退所 連絡票

平成　　年　　月　　日

（あて先）　太　田　市　長

施設所在地

施設名

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	平成　　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	〒　　ー		
	退所後住所	〒　　ー ※　死亡退所の場合は記載不要		
	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	太　田　市	保険者番号	1	0	2	0	5	3

施設	名　　称	
	事業所コード	
	電話番号	（　　）
	所　在　地	〒　　ー