

施設入退所連絡票

年 月 日

美作市長様

介護保険施設等の

施設等の種類

事業所番号

名称

代表者

所在地

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																			
	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. 他の施設へ入所(施設名) 2. 病院へ入院(病院名) 3. 死亡 4. 在宅へ 5. その他()																		

※ 死亡の場合は記載不要

市町村記入欄

--