

様式第5号(第8条関係)

介護保険住所地特例対象施設入所(居)・退所(居)連絡票

年 月 日

時 津 町 長 様

施設名
代表者

次の者が下記の施設
に入所(居) いたしましたので、連絡します。
を退所(居)

入所(居)・退所(居)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	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 他の住所地特例対象施設入所(居) 2 死亡 3 その他													

※死亡退所(居)の場合は記載不要

保 険 者 名 保 険 者 番 号

施 設	名 称											
	電 話 番 号											
	所 在 地	〒										