

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

平成 年 月 日

松前町長様

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	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													
		性別													
	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	松前町	保険者番号	0	1	3	3	1	8
------	-----	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	名称													
	電話番号													
	所在地													