介護保険施設 入所・退所 連絡票

松 前 町 長　 様

住　　所

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			
	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	氏　名		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
			性　別	男 ・ 女
	入所前住所	〒 電話番号		
	入所後住所	〒 電話番号		
	入所理由	1　正規施設入所 2　その他（　　）		
	退所前住所	〒 電話番号		
	退所後住所 ※1	〒 電話番号		
	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