# 介護保険施設　入所･退所　連絡票

平成　　年　　月　　日

佐伯市長 様

介護保険施設

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 | 明・大・昭　年　月　日 |
| | | | 性　別 | 男　・　女 |
| | 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 死亡の場合は記載不要

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保 険 者 名 | | 保険者番号 | |

| | | |
|---|---|---|
| 施設 | 事業所番号 | |
| | 名　　称 | |
| | 電 話 番 号 | |
| | 所　在　地 | |