

介護保険施設等入所・退所連絡票

令和 年 月 日

大鰐町長 殿

施設名

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

入所年月日	令和 年 月 日	退所年月日	令和 年 月 日
-------	----------	-------	----------

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 0								
	フリガナ					生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏 名					性 別	男 ・ 女			
	住 所	〒								
	退所理由	1. 在宅へ復帰 2. 死亡 3. その他								

※1 「その他」の退所理由を記入してください。

--

入 所 施 設	名 称	
	所 在 地	〒
	電話番号	