

介護保険 住所地特例施設 入所（居）・退所（居） 連絡票

年 月 日

（あて先）戸田市長

次の者が下記の施設 に入所（居） 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	明・大・昭	年	月	日					
			性 別	男	・	女						
	入所（居）前住所	〒										
			電話番号									
退所（居）後住所 *1	〒											
		電話番号										
退所（居）理由	1 他の介護保健施設入所      2 死 亡      3 その他											

\*1 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	〒									
		電話番号									