

# 介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

湯梨浜町長 様

住 所

施設名

次の者が下記の施設 に入所  
・ 退所 しましたので連絡します。

入所・退所年月日	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				
	入所前住所 *1	〒				
	退所後住所 *2	〒				
退所理由	1 他の介護保険施設入所      2 死 亡      3 その他					

\*1 在宅者の入所の場合のみ入所前の自宅住所を記入すること。

\*2 死亡退所の場合は記載不要。

## 入所先介護保険施設

施	名 称				
設	所在地	〒			