

介護保険（住所地特例）施設 入所・退所 連絡票  
【すべての入・退所者に係る連絡用】

令和 年 月 日

小川村長様

施設名 \_\_\_\_\_

次の者が下記の介護保険施設 \_\_\_\_\_ に入所  
・ \_\_\_\_\_ しましたので、連絡します。  
を退所 \_\_\_\_\_

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

被 保 者	被保険者番号	0 0 0							
	フリガナ					生年月日	明・大・昭		
	氏名						年	月	日
						性別	男・女		
	入所前住所 (入所時のみ記入)	〒							
	退所理由	1. 他の介護保険施設入所 2. 自宅 3. 入院 4. 死亡 5. その他 ( )							
	退所後住所 (死亡退所の場合 記入不要)	〒							
身元引受人 (死亡退所の場合 のみ記入)	住所	〒							
	アパート 団地名				電話	( )			
	氏名				被保険者 との関係				

保険者名	小川村	保険者番号	2	0	5	8	8	0
------	-----	-------	---	---	---	---	---	---

施設	所在地 名称	〒						
	電話番号 (ゴム印で可)	電話 ( )						

この連絡票は、住所地特例の適用の有無にかかわらず、すべての入・退所者について保険者へ提出してください。