

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

平成 年 月 日

福岡県介護保険広域連合長 様

介護保険施設

次の方が下記の施設 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 死亡退所の場合は記載不要

保 険 者 名		保 険 者 番 号							
---------	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称											
	電 話 番 号											
	所 在 地	〒										