

介護保険住所地特例

施設退所通知書

第

平成

年

月

日

号

市町村長 様

市町村長

次の者が施設を退所しましたので、通知します。

対 象 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			
退所後 住 所	〒															

退 所 年 月 日	平成	年	月	日	転 居 ・ 転 出
-----------	----	---	---	---	-----------

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