介護保険住所地特例　　施設退所通知書

第　　号
年　　月　　日

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	年　　月　　日	転居　・　転出

施設	名　　称	
	電話番号	
	所在地	〒