

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

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	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	〒													