

介護保険施設 入・退所（居） 連絡票

年 月 日

津山市長様

(施設種別・施設名) _____

次の者が下記の施設 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	明治・大正 昭和 年 月 日
	入所前住所	〒 _____											
	退所後住所(※)	〒 _____											
	退所理由	1 他の介護保険施設等入所(居) 2 死亡 3 その他()											

※ 死亡退所の場合は記載不要

保険者名 津山市 保険者番号 3 3 2 0 3 1

対象施設	名称	(ユニット名: _____) グループホーム以外はユニット名記載不要										
	事業者番号											
	電話番号	() - _____										
	所在地	〒 _____										

受付	入力