

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・大 昭	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