

介護保険住所地特例対象施設入所（居）・退所（居）連絡票

年 月 日

安城市長

住所地特例対象施設

次の者が下記の施設に入所・入居
を退所・退居しましたので、連絡します。

入所（居） 退所（居）	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	年	月	日			
		性 別	男 ・ 女					
	入所(居)前住所	〒						
	退所(居)後住所 * 1	〒						
退所(居)理由	1 他の住所地特例対象施設入所 2 在宅へ 3 死亡 4 その他							

* 1 死亡退所（居）の場合は記載不要

保 険 者 名		保 険 者 番 号							
---------	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--

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