

介護保険 住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

(あて先)

年 月 日

みやま市長

施設名等

次の方が下記の施設
 に入所・入居
 しましたので、連絡します。
 を退所・退居

入所(居)・退所(居)年月日	
----------------	--

被 保 険 者	被保険者番号								
	フリガナ								
	氏名							生年月日	
								性別	
	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(居) 2 死亡 3 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	
	電話番号	
	施設	〒