# 介護保険住所地特例施設　入退所等異動連絡票

平成　　年　　月　　日

上　ノ　国　町　長　　様

施設名　　印

次の者が当施設に次のとおり（　入　所　・　退　所　）しましたので、連絡します。

| | |
|---|---|
| 入所・退所年月日 | 平成　　年　　月　　日 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 被保険者番号 | | | |
| | フ リ ガ ナ | | | |
| | 氏　　名 | | 生年月日 | ＭＴＳ　　年　　月　　日 |
| | | | 性　　別 | 男　・　女 |
| | 住　　所 | | | |
| | 退 所 理 由 | ※　退所時のみ記入してください。<br>・死亡退所のため　　・在宅に戻るため<br>・病院入院のため　　・その他（　　）<br>・施設入所のため | | |

| | | |
|---|---|---|
| 施設 | 事業者番号 | |
| | フリガナ | |
| | 名　　称 | |
| | 所 在 地 | |
| | 電話番号 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険者名 | 上　ノ　国　町 | 保険者番号 | ０１３６２３ |