介護保険施設　入退所等異動連絡票

平成　　年　　月　　日

上ノ国町長　工　藤　　昇　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。 ・死亡退所のため　　・在宅に戻るため ・病院入院のため　　・その他（　　） ・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