

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

奈良市長

施設名

印

次の者が下記の施設 に入所 いたしましたので、連絡します。
を退所

入所・退所年月日	年	月	日
----------	---	---	---

被 保 者	被保険者番号					
	フリガナ					
	氏 名	生年月日	明・大・昭	年	月	日
		性 別	男 ・ 女			
	入所前住所	〒				
	退所後住所 ※1	〒				
退所理由	1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他					

※1 死亡退所の場合は記載不要

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

施 設	名 称				
	電話番号				
	所在地	〒			