

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

東大和市長 殿

住所地特例対象施設 所在地
 名称
 電話番号
 代表者名

印

次の者が下記の施設 に入所（居）
 ・ しましたので、連絡します。
 を退所（居）

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	明・大・昭	年	月	日
			性 別	男 ・ 女			
	入所（居） 前 住 所	〒					
	退所（居） 後 住 所	〒					
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						
	所 在 地	〒					