

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

柏市長 あて

施設所在地

及び名称

に入所

次の者が下記の施設

しましたので、連絡します。

を退所

被 保 険 者	被保険者番号		保険者名	柏市					
	フリガナ		保険者番号	1	2	2	1	7	6
	氏 名		生年月日	明・大・昭		年	月	日	
			性 別	男	・	女			
	入所前住所	〒 —		電話番号	()				
	退所後住所 ※1	〒 —		電話番号	()				
退所理由	1 他の介護保険施設入所		2 死亡		3 その他				
施 設	名 称								
	所 在 地	〒 —		電話番号	()				
入所・退所年月日			令和 年 月 日						

※1 死亡退所の場合は記載不要

※2 黒のボールペンでご記入ください。消せるボールペンは使用しないでください。