

様式第8号

介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

杵藤地区広域市町村圏組合 管理者 様

施設名

代表者名

次の者が当施設 に入所
 したので、連絡します。
 を退所

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

住所地特例の有無 (いずれかに○)	1 該当 (住所地特例者が退所した場合も、該当を選択) 2 非該当
----------------------	--------------------------------------

被 保 険 者	番 号									
	フリガナ						生年月日	明治	大正	昭和
	氏 名						性 別	年 月 日		
								男 ・ 女		
	入所前住所	〒								
	退所後住所 (死亡退所の場合 は記載不要)	〒								
	退 所 理 由	1 他の介護保険施設入所	特養			老健		介護療養型		
2 その他		名称			居宅		入院			
		入院先名称								
3 死亡										

保険者名						保険者番号					
------	--	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--

施 設	名 称										
	所 在 地	〒									
	電話番号					F A X					