

# 介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

八女市長 様

## 介護保険施設

次の者が下記の施設 に入所 しましたので、連絡します。  
を退所

入所・退所年月日	令和 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	〒											