

様式第 5 号(第3条関係)

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

袖ヶ浦市長 様

介護保険施設名

次の者が下記の施設 に入所 を退所 しましたので、連絡します。

入所・退所年月日

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	〒