

介護保険（住所地特例）施設 入所・退所 連絡票
【すべての入・退所者に係る連絡用】

令和 年 月 日

辰 野 町 長 様

施設名

に
入所
次
の
者
が
下
記
の
介
護
保
険
施
設
・
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			生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏 名			性 別	男 ・ 女	
	入所前住所 (入所時のみ記入)	〒				
	退 所 理 由	1. 他の介護保険施設入所 2. 自宅 3. 入院 4. 死亡 5. その他 ()				
	退所後住所 (死亡退所の場合 記入不要)	〒				
	身元引受人 (死亡退所の場合 のみ記入)	住 所	〒			
		アパート 団 地 名		電 話		
氏 名			被保険者 との関係			

保 険 者 名	辰野町	保険者番号	2	0	3	8	2	8
---------	-----	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	所 在 地 名 称 電話番号 (ゴム印で可)	〒	
		電話 ()	

この連絡票は、住所地特例の適用の有無にかかわらず、すべての入・退所者について保険者（施設所在市町村）へ提出してください。