

介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

伊方町長 高門 清彦 様

施設名

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	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. 在宅 2. 入院 () 3. 他の介護保険施設 () 4. 死亡 5. その他																	

※ 1 死亡退所の場合は記載不要

施 設	名 称													
	電話番号													
	所在地													