

介護保険住所地特例施設等入所・退所連絡票

年 月 日

交野市長 様

介護保険施設名

次の者が下記施設に(入所・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	番 号			
	ふりがな		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏 名		性 別	男・女
	入所前 住 所	〒		
	退所後 住 所	〒		
	退所理由	1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他		

※退所後の住所について、死亡退所の場合記載不要

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

施 設	名 称	
	所 在 地	〒
	電話番号	