

介護保険 施設(入所・退所) 連絡票

年 月 日

板野町長様

に 入所
次の者が下記の施設 しましたので連絡します。
を 退所

入 所 年 月 日	年 月 日
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
	施 設 入所(居)前 住 所	〒											
	施 設 退所(居)後 住 所	〒											
退所理由	※ 死亡退所の場合は記載不要 1 他の介護保険施設入所（施設名： ） 2 死亡 3 医療機関入院（病院名： ） 4 その他（ ）												

保 険 者 名	板野町	保険者番号	3	6	4	0	4	2
---------	-----	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称											
	電話番号											
	所 在 地	〒										

※ 原則、持参もしくは郵送にてお願いします。