

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

明石市長 様

住所地特例対象施設

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 年 月 日									
	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	〒									

- ※ 施設への入所、退所または施設内での異動があった場合には、速やかに提出してください。
- ※ 連絡票は、保険者の市町村と施設所在地の市町村の両方に提出してください。