

介護保険住所地特例施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

年 月 日

(宛先)所沢市長

住所地特例対象施設

次の者が下記の施設
 に入所・入居
 ・
 を退所・退居
 しましたので、連絡します。

入所(居)・退所(居)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		
	入所(居) 前住所	〒													
	退所(居) 後住所 *1	〒													
	退所(居) 理由	1 他の住所地特例対象施設入所(居) 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	〒										