

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

浦添市長 殿

施 設 名 印

施設所在地

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	0 0 0 0								
	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 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	浦添市	保険者番号	4	7	2	0	8	4
------	-----	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称									
	電話番号									
	所 在 地	〒								