

介護保険 住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

年 月 日

越前町長 殿

印

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(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
								性 別	男	・ 女
	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(居)の場合は記載不要

保険者名	越前町	保険者番号	1	8	4	2	3	4
------	-----	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称								
	電話番号								
	所在地	〒							