

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

安城市長

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	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 2 在宅へ 3 死亡 4 その他														

＊ 1 死亡退所（居）の場合は記載不要

保 険 者 名		保険者番号							
---------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	() ー