

介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

六戸町長 様

住 所

施 設 名

代表者名

次の者が下記の施設に入所（を退所）しましたので、連絡します。

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	明・大・昭	年	月	日						
			性 別	男	・	女							
	入所前住所	〒											
	退所後住所	〒											
退 所 理 由	1 他の介護保険施設 2 死亡 3 その他												

保 險 者 名	六戸町	保 險 者 番 号	0	2	4	0	5	9
---------	-----	-----------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称	
	電話番号	
	所 在 地	