介護保険　住所地特例施設　入所・退所　連絡票

平成　　年　　月　　日

熊　本　市　長　　様

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。　施設名＿＿＿＿＿＿＿＿

入所・退所年月日	平成　　年　　月　　日

被保険者	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　年　月　日	
	氏　名		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		保険者番号	

施設	名　称	
	電話番号	
	所在地	〒