

介護保険 住所地特例対象施設 入所（居）・退所（居）連絡票

令和 年 月 日

南幌町長 様

住所地特例対象施設

次の者が下記の施設
 に入所・入居
 しましたので、連絡します。
 を退所・退居

入所（居）・退所（居）年月日	令和 年 月 日
----------------	----------

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0	0							生年月日	明・大・昭	年	月	日
	フリガナ													性 別	男	・	女
	氏 名																
	入所（居） 前住所	〒															
	退所（居） 後住所*1	〒															
	退所（居）理由																

*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															
	電話番号															
	所 在 地	〒														