

様式第9号(第8条、第9条、第10条、第11条、第12条、第13条関係)

介護保険 住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

上三川町長 様

(介護保険施設住所)

(" 名称)

(" 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	年 月 日															
		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	〒														