

介護保険 住所地特例対象施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

練馬区長 あて

施設名 _____

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 (1)	〒							
退所理由	1 . 他の介護保険施設入所 2 . 死亡 (死亡日 : 年 月 日) 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	〒							