

介護保険施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

鶴田町長殿

所在地
施設名
電話番号

下記の者が当施設（に入所・から退所）しましたので、連絡します。

入所・退所 年月日	令和	年	月	日
-----------	----	---	---	---

被 保 険 者	被保険者番号															
	フリガナ												生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	氏 名															
	入 所 前 住 所	〒														
	退 所 後 住 所	〒														
	退 所 理 由	1. 他の介護保険施設入所 2. 死亡 3. その他														