令和　　年　　月　　日

介護保険住所地特例施設入退所連絡票

（宛先）幸田町長

住　所

施設名

施設長　　　　　　　　　　　印

次の者が介護保険施設に入所しましたので連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| 入所年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 住所変更 | 住変あり・住変なし |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 被保険者番号 |  | 生年月日 |  |
| フリガナ |  | 性別 |  |
| 氏名 |  | 保険者 |  |
| 入所前住所 | 〒 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入所施設 | 名称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所在地 |  |