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退所しましたので連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| 退所年月日 | 令和　　年　　月　　日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 被保険者番号 |  | 生年月日 |  |
| フリガナ |  | 性別 |  |
| 氏名 |  | 保険者 |  |
| 退所後住所 | 〒 |
| 退所理由 | １．その他介護保険施設入所　　　２．死亡　　　３．その他 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 退所施設 | 名称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所在地 | 〒 |