

介護保険 住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

年 月 日

西宮市長 様

住所地特例対象施設

次の者が下記の施設 **に** **入所・入居** しましたので、連絡します。
を 退所・退居

入所(居)・退所(居)年月日	R4 年 3 月 18 日
----------------	---------------

被 保 険 者	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
	フリガナ	カイゴ タロウ											
	氏 名	介護 太郎								生年月日	S20 年 1 月 1 日		
		性別	男 ・ 女										
	入所(居)前住所	〇〇市〇〇町1-2-3											
	退所(居)後住所												
退所(居)理由	*1 1 他の住所地特例対象施設入所(居) 2 死亡 3 その他												

*1 死亡退所(居)の場合は記載不要

保険者名	〇〇市	保険者番号	0	1	2	3	4	5
------	-----	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称	施設名をご記入ください
	電話番号	施設の電話番号をご記入ください
	所在地	施設の住所をご記入ください