

(住所地特例対象施設等入所・退所 連絡票)

桑折町長

電話番号

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

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号															
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日														
			性 別	男 ・ 女														
	入所前住所	〒																
	退所後住所	〒																
退 所 理 由	1 他介護保険施設入所 2 死 亡 3 その他																	

保 險 者 名		保險者番号					
---------	--	-------	--	--	--	--	--

施 設	名 称	
	電 話 番 号	
	所 在 地	〒