介護保険住所地特例施設　入所(居)･退所(居)　連絡票

年　　月　　日

湖西市長　様

施 設 名

代表者名　　印

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

入所(居)･退所(居)年月日	年　　月　　日

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏　名		生年月日	明・大・昭　年　月　日
			性別	男　・　女
	入所(居)前住所	〒		
	退所(居)後住所 ※	〒		
	退所(居)理由	1　他の住所地特例対象施設入所(居)　2　死亡　3　その他		

※ 死亡退所(居)の場合は記載不要。

保 険 者 名		保険者番号	

施設	名　称	
	電話番号	ー　ー
	所在地	〒