

介護保険住所地特例施設入所・退所連絡票

年 月 日

富岡町長 様

施設名

印

代表者名

下記の者が(入所 退所)したので連絡します。

(入所 退所)年月日	年 月 日
被 保 険 者 番 号	
氏 名	
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日
性 別	男 ・ 女
入 所 前 住 所	〒
退 所 後 住 所	〒
退 所 理 由	1 他の介護保険施設入所      2 死亡 3 その他( )

保険者名	富岡町	保険者番号	075432
------	-----	-------	--------

施 設	事業所番号	
	名 称	
	電 話 番 号	
	所 在 地	〒