

介護保険 住所地特例対象施設 入退所（居）連絡票

年 月 日

宇 佐 市 長 様

(住所地特例施設名等)

次の者が下記の施設 に入所（居） いたしましたので、連絡します。
を退所（居）

入退所（居）年月日	年 月 日
-----------	-------

被 保 険 者	被保険者番号												
	フリガナ											生年月日	
	氏 名											性 別	男 ・ 女
	入所（居）前 又は 退所（居）後 の 住 所	〒											
	退所（居）の 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											
	所 在 地	〒										

※保険者名・保険者番号は報告対象利用者の保険者のそれを記入してください。