

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

六戸町長 様

住所地特例対象施設名 _____

に
 次の方が下記の施設 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 _____ 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号														
	フリガナ														
	氏名											生年月日	年	月	日
												性 別	男 ・ 女		
	入所（居）前住所	〒 _____													
	退所（居）後住所 ※1	〒 _____													
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														

※1 死亡退所（居）の場合は記載不要

保険者名 ※2 _____ 保険者番号※2 _____

※2 保険者が六戸町以外の場合記載

施 設	名 称												
	電話番号												
	所 在 地	〒 _____											