

介護保険住所地特例施設 退所連絡票

年 月 日

宇多津町長 殿

施設名
代表者氏名

次の者が下記の施設から退所しましたので、連絡します。

退所年月日	
-------	--

被 保 険 者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏 名		生年月日	
			性 別	
	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		保険者番号	
------	--	-------	--

施 設	名 称	
	電 話 番 号	
	所 在 地	