

介護保険施設入所・退所連絡票

令和 年 月 日

吉備中央町長 様

住 所
施 設 名
代表者名
電話番号

次の者が施設に 入所 ・ 退所 しましたので、連絡します。

入所・退所年月日		令和 年 月 日									
被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ						生年月日	明・大・昭 年 月 日			
	氏 名						性 別	男 ・ 女			
	住 所	〒 電話番号									

* 退所の場合

退 所 理 由	1. 他の介護保険施設へ入所 () 2. その他 () 3. 死亡
---------	---