

介護保険住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

令和 年 月 日

大阪市長 様

施設所在地
名称

次の者が下記の施設
に入所・入居
を退所・退居
しましたので、連絡します。

入所(居)・退所(居)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
	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		保険者番号	
------	--	-------	--

施 設	名 称	
	事業所番号	
	所 在 地	〒
	電話番号	