

介護保険 施設 入所 ・ 退所 連絡票

年 月 日

岡山市長 様

介護保険施設

住 所

代表者

に入所

次の者が下記の施設 ・ 施設名 でしたので、連絡します。

を退所

入所 ・ 退所年月日	年 月 日
------------	-------

被 保 険 者	被保険者番号										
	個人番号										
	フリガナ										
	氏 名	生年月日	明・大・昭	年	月	日					
		性 別	男	・	女						
	入所前住所	〒									
	退所後住所 *1	〒									
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	岡山市	保 険 者 番 号	331009
---------	-----	-----------	--------

施 設	事業者番号										
	名 称										
	電話番号										
	所 在 地	〒									

*1 死亡退所の場合は記載不要