

介護保険（住所地特例）施設 入所・退所 連絡票

【すべての入・退所者にかかる連絡票】

年 月 日

（保険者名）木曾広域連合長 様

施設名

次の者が下記の介護保険施設に {
 入所
 退所
 } しましたので、連絡します。

入所・退所 年月日

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
	入所前住所 (入所時のみ記入)	〒											
	住所変更	有 ・ 無		変更（予定）日			年 月 日						
	退所理由	1他の介護保険施設入所 2自宅 3入院 4死亡 5その他											
	退所後住所 (死亡退所の場合 記入不要)	〒											
身元引受人 (死亡退所の場合)	住 所												
	アパート名等								電 話				
	氏 名								被保険者 との関係				

保 険 者 名

木曾広域連合

保 険 者 番 号

2 0 9 2 7 0

施 設	所在地 名 称											
	電話番号	TEL								FAX		

この連絡票は、住所地特例の適用の有無にかかわらず、すべての入・退所者について保険者へ提出してください。（長野県内の保険者へ提出する場合のみ）