

介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

えりも町長 様

住 所
施 設 名
代表者名

入所
次の者が下記の施設に 入所 しましたので、連絡いたします。
退所

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	明・大・昭 年 月 日								
														性 別	男 ・ 女								
	住 所	〒																					
	退 所 理 由	1.他の介護保険施設入所 2.死亡 3.在宅復帰 4.その他（																					

保険者名	えりも町	保険者番号	0	1	6	0	9	7
------	------	-------	---	---	---	---	---	---

異 動 先 施 設	名 称	
	電 話 番 号	
	所 在 地	〒