

# 介護保険適用除外施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

年 月 日

益城町長 様

法人名

施設名

に入所(居)

次の者が下記の施設 ・ しましたので、連絡します。  
を退所(居)

(入所(居)・退所(居)のいずれかを○で囲んでください。)

入所(居)・退所(居) 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									
	入所前住所	〒										
			電話番号	( )								
※1 退所(居)後住所	〒											
		電話番号	( )									
退所(居)理由	1  他の介護保険施設入所  2  死亡  3  その他 ( )											

※1 退所(居)理由が死亡の場合は記載不要です。

保 険 者 名	益 城 町	保 険 者 番 号	4	3	4	4	3	1
---------	-------	-----------	---	---	---	---	---	---

施	名 称										
	電 話 番 号										
設	所 在 地	〒									