

様式第5号 (第9条関係)

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

宮代町長 様

介護保険施設名

次の者が下記の施設 に入所
・ しましたので、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												
	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												

*1死亡退所の場合は記載不要

保険者名		保険者番号								
------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称											
	電話番号											
	所 在 地	〒										