

年 月 日

(あて先) 浜松市長

施設名  
施設長名  
TEL

### 住所地特例入所・退所連絡票

次の者が下記の施設に入所  
を退所 しましたので連絡します。

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

入 退 所 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	〒 - 施設名称 ( )										
退所理由	1. 他の介護保険施設入所 2. 死亡 3. 長期入院 4. 自宅引き取り 5. その他 ( )											

入所の場合は入所前住所欄、退所の場合は退所後住所欄のいずれか該当する方に記入してください。

\*退所後、他施設に入所する場合は施設名称も記入してください。

死亡退所の場合には退所後住所の記入は不要です。

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

処理欄	受理者	入力	連絡票

※この処理欄は介護保険課で記入します。