

介護保険 住所地特例対象施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

練馬区長 あて

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（死亡日： 年 月 日） 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	〒							