

# 介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

(宛先) 厚木市長

施設名  
施設長

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
----------	---	---	---

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	〒															
	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	名称														
	電話番号														
設	所在地	〒													