

介護保険 住所地特例対象施設 入所（居）・退所（居）連絡票

年 月 日

（あて先）函 館 市 長

次の者が下記の施設 に入所（居） しましたので、連絡します。
を退所（居）

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
			性 別	男 ・ 女
	入所（居） 前住所	〒		
	退所（居） 後住所	〒		
退所（居） 理 由				

保 険 者 名		保 険 者 番 号						
---------	--	-----------	--	--	--	--	--	--

施 設	所 在 地	〒	
	名 称		
	電 話 番 号		