

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

函 館 市 長 様

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										