

介護保険 住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

令和 年 月 日

久留米市長 様

住所地特例対象施設

次の者が下記の施設 に入所・入居 しましたので、連絡します。
に退所・退居

入所(居)・退所(居)年月日	令和 年 月 日
----------------	----------

被 保 険 者	被保険者番号																			
	フリガナ													生年月日	明・大・昭	年	月	日		
	氏名													性別	男	・	女			
	入所(居)前住所	〒																		
	退所(居)後住所*1	〒																		
	退所(居)理由																			

*1 死亡退所(居)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	〒																	