

様式第6号(第8条関係)

介護保険住所地特例施設入所・退所連絡票

年 月 日

行方市長 宛て
 (介護保険施設名)
 に入所
 次の者が下記の施設 ・ 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 者	被保険者番号										
	個人番号										
	フリガナ										
	氏 名	生年月日	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 3 その他										

*1死亡退所の場合は記載不要

保 險 者 名		保険者番号							
---------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称										
	電 話 番 号										
	所 在 地	〒									