

様式第9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

( 市区町村長 ) 様

(介護保険施設長名)

次の者が下記の施設 に入所  
 ・ 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 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 設	名 称								
	電 話 番 号								
	所 在 地	〒							