

課長	課長補佐	係長	担当

## 介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

瀬戸内市長 様

入 所  
 次の者が施設に 入所 しましたので、連絡します。  
 退 所

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0	個人番号									
	フリガナ											
	被保険者氏名	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 (施設名 ) 2 死亡 3 その他											

※1 死亡の場合は記載不要

保険者名	瀬戸内市	保険者番号	3	3	2	1	2	2
------	------	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称										
	事業者 コード										
	電 話 番 号										
	所 在 地	〒									