介護保険施設入所・退所連絡票

年　月　日

松原市長　様

（介護保険施設名）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次の者が下記の施設に入所・を退所しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	年　月　日

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（死亡の場合は不要）			
退所理由	1．他の介護保険施設に入所　2．死亡　3．その他（　　）		

保険者名（市町村名）	

施設名	