

介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

宮古市長 様

施設名称

所在地

電話番号

次の者が（ 入所 ・ 退所 ） しましたので、連絡します。

入所・退所 年月日	年 月 日
施設の種類	介護福祉施設 ・ 介護保健施設 ・ 療養型医療施設

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		
	入所前住所	〒													
	退所後住所※	〒													
	退所理由	1. 他の介護保険施設へ入所			2. 死亡				3. その他						

※ 死亡退所の場合は記載不要

退所理由が「1」の場合に記入をお願いします。

介護保険者名		介護保険者番号							
--------	--	---------	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称													
	施設の種類	介護福祉施設 ・ 介護保健施設 ・ 療養型医療施設												
	所在地	〒 TEL												