

介護保険施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

備前市長様

住所										
施設名										
電話番号										
機関番号										

下記のとおり異動がありましたので連絡します。

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		

《入所の場合》

入所年月日	平成・令和 年 月 日 入所
-------	----------------

《退所の場合》

退所年月日	平成・令和 年 月 日 退所
退所後の連絡先	親族氏名 続柄 電話