介護保険施設（入所・変更・退所）連絡票

年　　月　　日

伊豆の国市長　宛

施設名

施設長

次のとおり介護保険施設の（入所・変更・退所）について連絡します。

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	年　　月　　日					性別	男 ・ 女			
	入所前住所										
	退所後住所※										
	退所理由	1　他施設入所　　2　死亡　　3　その他（　　）									

※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	
	所 在 地	〒
	電話番号	