介護保険施設　入所　・　退所　連絡票

平成　　年　　月　　日

神 山 町 長　　様

事 業 所
名　称　　印

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	平成　　年　　月　　日

被保険者	被保険者番号		生年月日	明・大・昭　年　月　日
	被保険者氏名		性 別	男　・　女
	入 所 前 住　所	〒 電話番号		
	退 所 後 住 所 ※注1	〒 電話番号		
	退所理由	1. 他の介護保険施設　2. 死 亡　3. その他（　　）		

※注1　死亡の場合は記載不要です。

保険者名		保険者番号	

事業所	名　称		
	電 話 番 号		連絡担当者
	所 在 地		