

介護保険住所地特例 施設退所連絡票

令和 年 月 日

様

(施設名)

次の者が施設を退所しましたので、連絡します。

対 象 者	被 保 険 者 番 号										
	フリガナ										
	氏 名	生年月日	年 月 日								
		性 別	男 ・ 女								
退 所 後 住 所											

退所年月日	令和 年 月 日	
-------	----------	--

施 設	名 称										
	電 話 番 号										
	所 在 地										