

介護保険施設 入・退所連絡票

年 月 日

西 予 市 長 殿

事業所名称

下記の者が当施設
 に入所
 を退所
 しましたので連絡いたします。

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
	入所前住所	〒 —		
	退所後住所	〒 —		
	退 所 理 由	1. ほかの介護保険施設入所 2. 死亡 3. その他		

保 険 者 名	西予市	保 険 者 番 号	3 8 2 1 4 3
---------	-----	-----------	-------------

当 施 設	名 称			
	電 話 番 号		FAX	
	所 在 地	〒 —		