

介護保険施設 入・退所者連絡票

連絡日 年 月 日

施設名

	入所年月日	退所年月日	退所理由 ※	被保険者番号	名前	生年月日
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

※ 他の介護保険施設へ移った場合は、その施設名も記入してください。

(西予市役所 長寿介護課 介護保険係)