

送付先 FAX 0495-77-2117

神川町役場保険健康課介護保険担当 行

## 施設入所・退所連絡票

年 月 日

神川町保険健康課長 様

介護保険施設名

次の者が下記の施設  
に入所  
・  
を退所  
しましたので、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	大・昭	年	月	日	
			性 別	男	・	女		
	入所前住所	〒						
	退所後住所 * 1	〒						
退所理由	1 他の介護保険施設入所		2 死亡		3 その他			

\* 1 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	
	電話番号	
	所 在 地	〒