

介護保険施設入退所連絡票

年 月 日

つるぎ町長 殿

施設名

代表者

印



下記の方が当施設（に入所・を退所）されましたので連絡します。

入・退所年月日		年 月 日	
被保険者番号		要介護度	
ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名			生年月日
入所前住所	〒		
退所後住所	〒		
退所事由	1. 他の施設（ ） 2. 死亡 3. その他		
連絡事項 その他			