介護保険住所地特例施設　入所（居）・退所（居）　連絡票

令和　　年　　月　　日

塩谷町長　様

（施設名）

次の者が下記の施設 に入所・入居 / を退所・退居 しましたので，連絡します。

入所（居）・退所（居）年月日	令和　　年　　月　　日

被保険者	被保険者番号			
	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	氏　名		生年月日	明・大・昭　　年　月　日
			性　別	男　・　女
	入所（居）前住所	〒		
	退所（居）後住所 ※１	〒		
	退所（居）理由	１．他の住所地特例対象施設入所（居）　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	〒