介護保険住所地特例施設　入所・退所　連絡票

令和　　年　　月　　日

黒石市長　　様

所在地
施設名
電話番号

下記の者が当施設　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		生年月日	明大昭　年　月　日	性別	男・女	
	氏名						
	入所前住所	〒					
	退所後住所（死亡退所の場合は記載不要）	〒					
	退所理由	1．他の介護保険施設入所　　2．死亡　　3．その他					

保険者名		保険者番号						