

様式第6号（8条関係）

介護保険施設等 入所 ・ 退所 連絡票

年 月 日

神栖市長 様

(施設長)

に
入所
次の者が下記の施設 ・ に入所
しましたので、連絡します。
を退所

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0								
	フリガナ									
	氏 名		生年月日	明・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	神 栖 市	保 険 者 番 号	0	8	2	3	2	1
---------	-------	-----------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称	
	電 話 番 号	()
	所 在 地	〒