

様式第5号(第4条関係)

介護保険住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

年 月 日

都城市長 宛て

介護保険施設長

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

入所(居)・退所(居)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	年月日
												性 別	男・女
	入所(居)前住所	〒											
	退所(居)後住所	〒											
退所(居)理由	1 他の介護保険施設入所(居)			2 死亡			3 その他						

\*死亡退所の場合、「退所後住所」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	〒									