

様式第 5 号(第 16 条関係)

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

加須市長 様

介護保険施設名

次の者が次の施設 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		個人番号	
	フリガナ			
	氏 名		生年月日	年 月 日
	入所前住所	〒		
	退所後住所 *1	〒		
	退 所 理 由	1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他		

*1 死亡退所の場合は記載不要

保 険 者 名	加 須 市	保 険 者 番 号	
---------	-------	-----------	--

施 設	名 称	
	電話番号	()
	所 在 地	〒