

介護保険住所地特例対象施設 入所 ・ 退所 連絡票

年 月 日

富士吉田市長 様

施設名

に 入所
次の者が下記の施設 ・ 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			
	フリガナ		生年月日	
	氏 名		性 別	
	入所前住所	〒		
	退所後住所 ※			
	退 所 理 由	1 他の介護保険施設入所	2 死亡	3 その他

※死亡退所の場合は記載不要

保 険 者 名	富士吉田市	保険者番号	1 9 2 0 2 1
---------	-------	-------	-------------

施 設	名 称	
	電話番号	
	所 在 地	〒