様式第５号（第３条関係）

年　　月　　日

大里広域市町村圏組合管理者　宛

介護保険施設

介護保険住所地特例対象施設入所(居)・退所(居)連絡票

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

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 ＊１	〒		
	退所(居)理由	１　他の介護保険施設入所(居)　　２　死亡　　３　その他		

＊１死亡退所(居)の場合は記載不要

保 険 者 名		保険者番号	

施設	名　　称	
	電話番号	(　　)
	所 在 地	〒