

様式第5号(第8条関係)

介護保険住所地特例施設入所・退所連絡票

年 月 日

杉戸町長 あて

介護保険施設

次の者が下記の施設に入所
を退所 しましたので、連絡します。

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	年 月 日		
	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 2 死亡 3 その他													

*1 死亡退所の場合は記載不要

保 険 者 名											保 険 者 番 号									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称													
	電話番号													
	所 在 地	〒												