

介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

那珂川町長 様

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

被 保 険 者	入退所年月日	年 月 日
	被保険者番号	性別 男・女
	ふりがな	生年月日
	氏 名	明治・大正・昭和 年 月 日
	住 所	〒 栃木県那須郡那珂川町
	理 由 (退所の場合)	1 他介護保険施設入所 () 2 入院 3 死亡 4 その他 ()

施 設	施設の名称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	— —