介護保険施設 入所・退所 連絡票

年　　月　　日

亀岡市高齢福祉課長　様

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。

被保険者番号											
氏　　名						生年月日	明 大 昭	年	月	日	
住　　所	〒										

施 設 入 所											
入 所 日	年　　月　　日										
施 設 名											
		事業所番号									
所 在 地	〒 電話番号										

施 設 退 所	
退 所 日	年　　月　　日
退所の理由	1．居宅　　2．介護保険施設　　3．医療機関入院 4．死亡　　5．その他
退所後の状況 （施設名・連絡先など記入してください。）	

※ 退所される場合は、入所日も御記入ください。