

令和 年 月 日

介護保険住所地特例施設 異動連絡票

鹿 沼 市 長 様

(施設名等)

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

入退所(居)年月日	年 月 日
-----------	-------

対 象 者	被保険者番号								
	フリガナ							生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏 名							性 別	男 ・ 女
	入所(居)前住所	〒							
	退所(居)後住所	〒							
	退所(居)理由	1. 他の介護保険施設入所 2. 死亡 3. その他 ( )							

保険者名 (市町村名) ※他市町村の場合		保険者番号							
-------------------------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

施 設	施 設 名	
	住 所	〒
	電 話 番 号	