介護保険施設　入所・退所　連絡票

令和　　年　　月　　日

岩泉町長　様

（施設名）

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	令和　　年　　月　　日

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

※　死亡退所の場合は記載不要

保　険　者	岩泉町	保険者番号	0	3	4	8	3	5

施設	名　　称	
	電話番号	－　　－
	所在地	〒　　－