

様式第 5 号(第 8 条関係)

介護保険住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

年 月 日

(宛先) 飯能市長

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

入所(居)・退所(居)年月日	年 月 日
----------------	-------

被 保 険 者	被保険者番号													
	フリガナ													
	氏 名										生年月日	年 月 日		
	入所(居)前 住 所													
	*1 退所(居)後 住 所													
	退所(居)理由	1 他の住所地特例対象施設入所(居) 2 死亡 3 その他												

\*1 死亡退所(居)の場合は記載不要

保 険 者 名		保険者番号								
---------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称										
	所 在 地	〒									
		電話番号									