

様式第3（第7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

知立市長 様

住所地特例対象施設

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	〒											
	退所（居） 後住所※1	〒											
	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																			
	電話番号																			
	所在地	〒																		