介護保険施設（入所・退所）連絡票

平成　　年　　月　　日

瀬戸市長　　様

申請者　所在地
名　称
代表者

次の方が下記の施設（に入所・を退所）　しましたので連絡します。

入所・退所年月日	平成　　年　　月　　日

被保険者	被保険者番号	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	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（　　）

保険者名	瀬戸市	保険者番号	2	3	2	0	4	1

施設	事業者番号	
	名称	
	電話番号	（　　）　　－
	所在地	〒　　－