介護保険住所地特例施設　入所・退所　連絡票

令和　　年　　月　　日

東 大 阪 市 長　　様

施設名称

所 在 地

電話番号

ＦＡＸ

次の者が本施設 に入所 ・ を退所 しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	年　　月　　日

被保険者	被保険者番号												
	フリガナ												
	氏　　名										生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	
	入所前住所	〒											
	退所後住所（死亡退所の場合は不要）	〒											
	退所理由												

保 険 者 名		保険者番号						

受付印