

# 介護保険他市町村住所地特例施設 入所 ・ 退所 連絡票

年 月 日

那須烏山市長 あて

次の他市町村の方が 入所 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	氏名	
	生年月日	
	入所前住所 退所後住所	〒 ー
	退所理由	1. 他施設入所 2. 入院 3. 在宅 4. 死亡 5. その他( )

保 険 者 名		保 険 者 番 号							
---------	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--

施 設	施設の名称	
	所在地	
	電話番号	

市外から施設の住所地に転入した被保険者については、引き続き他市町が保険者となりますが、本市の他市町住所地特例者台帳に登録し管理する必要があります。  
入退所日から7日以内にご提出ください。法人印、代表者印は必要ありません。