

介護保険適用除外施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

(宛先) 春日井市長

(施設名)

(代表者)

次の者が、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								
保険者名	春日井市		保険者番号	2	3	2	0	6	6
(フリガナ) 氏 名			生年月日	年 月 日					
			性 別	男 ・ 女					
入所前住所 (退所の場合は不要)	〒								
退所後住所 (入所又は死亡の 場合は不要)	〒								
退所理由	1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他 ()								

(担当者名)

(電話番号)