

介護保険施設 退所連絡票

年 月 日

別府市長 あて

施設名
(届出者)

次の者が施設を退所しましたので、連絡します。

退 所 年 月 日	年 月 日
-----------	-------

対 象 者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日		性別	
	退所後住所	〒		
	退所理由	1 他の介護保険施設に入所 2 死亡 3 その他		

保険者名	
------	--

施 設	名称			
	電話番号			
	所在地	〒		