様式第４号（第８条関係）

介護保険住所地特例施設 入所／退所 連絡票

年　　月　　日

島田市長

所 在 地

施設名　名　　称

電話番号

次の者が当施設 に入所／を退所 したので、連絡します。

記

入所・退所年月日	年　　月　　日

被保険者番号										

フリガナ		生年月日	年　　月　　日
被保険者氏名			
入所前の住所	郵便番号 電話番号		
退所後の住所	郵便番号 電話番号		
退所の理由	１　他の介護保険施設入所　　２　死亡 ３　その他（　　）		

保険者名		保険者番号						

（注）　退所の理由欄の該当する番号に○を付けてください。「２　死亡」を選んだ場合は、退所後の住所欄への記入は不要です。「３　その他」を選んだ場合は、（　）内にその理由を記入してください。