

令和 年 月 日

柏原市高齢介護課 御中

施設名 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

介護保険施設 入退所者連絡票

次の者が本施設
・ に入所
・ されましたので連絡します。
を退所

| | | | | | | | | | | |
|----------|---------------------------------|---|---|---|------|--|--|--|--|--|
| 被保険者氏名 | | | | | 生年月日 | | | | | |
| 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 入（退）所年月日 | 平成・令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 退所理由 | 他施設へ入所 ・ 入院 ・ 自宅 ・ 死亡 その他（ ） | | | | | | | | | |