

介護保険 住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

船橋市長 あて

(資格保険料係)

施設名

〇〇〇ホーム

次の者が下記の施設 に入所・入居 に変更 いたしましたので、連絡します。
を退所・退居

入所(居)・退所(居)年月日 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

被 保 険 者	被保険者番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0										
	フリガナ	フナバシ ハナコ										
	氏名	船橋 花子							生年月日	明・大(昭) 11年 2月 20日		
									性別	男 ・ (女)		
	入所(居)・ 変更前住所	〒273-0001 船橋市湊町2-10-25										
	退所(居)・ 変更後住所*1	〒										
退所(居)理由	1.他の住所地特例対象施設入所(居) 2.死亡*2 3.その他											

*1 死亡退所(居)の場合は記載不要 *2 死亡による退所の場合は、今後の送付先を下欄に記入してください

保険者名 (市区町村等)	船橋市	保険者番号	1 2 2 0 4 4				
-----------------	-----	-------	-------------	--	--	--	--

施 設	名称	〇〇〇ホーム									
	電話番号	047-000-0000									
	所在地	〒000-0000 △△市×××1-1-1									

船橋市の被保険者で本人死亡による退所の場合は、今後介護保険課から書類をお送りするご家族(相続人)を記入してください

送 付 先	住所	〒										
	フリガナ								電話番号	()		
	氏名								被保険者との関係			