

平成 年 月 日

伊 佐 市 長 殿

施設名

代表者（管理者）

印

### 介護保険施設退所連絡票

下記の方が当施設から退所されましたので、報告します。

#### 記

被保険者番号			
シメイ			
氏名			
住所			
生年月日	M・T・S	年	月 日 歳
退所日	平成 年 月 日		
退所の理由	1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他		
退所先 ※死亡の場合は不要	在宅	住所	
	介護保険施設	施設名 住所	
	その他		