令和 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 | 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 | | |  | | | | | | | |