

年 月 日

伊 佐 市 長 殿

施設名

代表者（管理者）

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									