

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									