

介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

海老名市長 様

施設名

に入所

次の者が下記の施設 ・ しましたので連絡します。
を退所

入所・退所年月日	年	月	日
----------	---	---	---

[illegible]

※1 死亡退所の場合は記載不要

保 險 者 名		保 險 者 番 号						
---------	--	-----------	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称	
	電 話 番 号	
	所 在 地	〒