

# 介護保険 住所地特例対象施設 **入所(居)**・退所(居) 連絡票

平成 △ 年 △ 月 △ 日

郡 山 市 長

住所地特例対象施設名

特別養護老人ホーム 郡山ホーム

**入所(居)**

次の者が下記の施設

しましたので、連絡します。

を退所(居)

入所(居)・退所(居)年月日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ※ 郡山市への転入日(住民票上の異動日)

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	※ 被保険者番号は前市町村の保険証に記載あります		
	フリガナ	コオリヤマ ハナコ		記載あります	
	氏 名	郡山 花子		生年月日	明・大・昭 19年 1月 1
				性 別	男 ・ (女)
	入所(居)前住所	〒000-0000 ○○県△△市□□1丁目1-1 (※ 郡山に転入する前の住所)			
退所(居)後住所*1	〒				
退所(居)理由	1 他の住所地特例対象施設入所(居)      2 死亡      3 その他				

\*1 死亡退所(居)の場合は記載不要

保険者名	△△市	保険者番号	0 1 2 7 8 9
------	-----	-------	-------------

※ 保険者番号は前市町村の保険証に記載あります

施 設	名 称	特別養護老人ホーム こおりやまホーム
	電話番号	024-924-3021
	所在地	〒963-0000 郡山市朝日1丁目23-7

※ 貴所名称等