

介護保険

住所地特例 手続き用 原本を郵送提出 〒285-8501 佐倉市海隣寺町 97

佐倉市外の施設 → 佐倉市 介護保険課 介護資格保険料班 問合せ：直通 **043-484-6187**

※ 要介護・要支援認定の有無や1号・2号に関わらず佐倉市の被保険者が市外の施設に入退所（居）した場合提出

介護保険 住所地特例施設 入所（居）・退所（居） 連絡票

年 月 日

(宛先) 佐倉市長

施設名

印

次の者が下記の施設 に 入所・入居 しましたので連絡します。
を 退所・退居

入所（居）・退所（居）年月日	年 月 日
----------------	-------

被 保 険 者	被保険者番号		
	フリガナ		生年月日 明・大・昭 年 月 日
	氏 名		性 別 男 ・ 女
	転入前住所	〒	
	退所(居)後 住 所 * 1	〒	
	退所(居)理由	1 他の介護保険施設入所（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	佐倉市	保険者番号	1 2 2 1 2 7
------	-----	-------	-------------

施 設	名 称	
	電話番号	
	所在地	〒