

年 月 日

介護保険施設入所者異動連絡表（飯塚市）

下記の被保険者について、異動がありましたので連絡いたします。

No.	被保険者番号	被保険者氏名	異動区分・異動年月日	退所後の状況（退所の場合のみ）
			入所・退所・死亡 年 月 日	自宅・引取先へ（ ） 他病院・施設へ（ ）
			入所・退所・死亡 年 月 日	自宅・引取先へ（ ） 他病院・施設へ（ ）
			入所・退所・死亡 年 月 日	自宅・引取先へ（ ） 他病院・施設へ（ ）
			入所・退所・死亡 年 月 日	自宅・引取先へ（ ） 他病院・施設へ（ ）
			入所・退所・死亡 年 月 日	自宅・引取先へ（ ） 他病院・施設へ（ ）

施設名		事業者番号																		
-----	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

〒820-8501
 福岡県飯塚市新立岩5番5号
 飯塚市役所 介護保険課認定係
 TEL 0948 (22) 5500
 FAX 0948 (25) 6214