防府市高齢福祉課介護認定係　宛　（FAX 0835-27-0098）　　令和　　年　　月　　日提出

介護保険施設入・退所(院)者異動連絡票(　　月分)

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（担当者名＿＿＿＿＿＿）

○ 1月ごとに異動があった場合にのみ、状況を月末までに報告ください。
○ 保険者が防府市の方か防府市に住所登録している方のみ記入してください。また、ショートステイの方は記入しないでください。
○ 被保険者番号は、はじめの"0" を省略して構いません。

被保険者番号	氏　　名	生年月日	施設入・退所(院)年月日	住所登録地	入所(院)前及び退所(院)後の情報
		M・T・S　年　月　日	入・退 R　年　月　日	防府市・他市町村	自宅・死亡・その他(　　)
		M・T・S　年　月　日	入・退 R　年　月　日	防府市・他市町村	自宅・死亡・その他(　　)
		M・T・S　年　月　日	入・退 R　年　月　日	防府市・他市町村	自宅・死亡・その他(　　)
		M・T・S　年　月　日	入・退 R　年　月　日	防府市・他市町村	自宅・死亡・その他(　　)
		M・T・S　年　月　日	入・退 R　年　月　日	防府市・他市町村	自宅・死亡・その他(　　)
		M・T・S　年　月　日	入・退 R　年　月　日	防府市・他市町村	自宅・死亡・その他(　　)
		M・T・S　年　月　日	入・退 R　年　月　日	防府市・他市町村	自宅・死亡・その他(　　)
		M・T・S　年　月　日	入・退 R　年　月　日	防府市・他市町村	自宅・死亡・その他(　　)
		M・T・S　年　月　日	入・退 R　年　月　日	防府市・他市町村	自宅・死亡・その他(　　)
		M・T・S　年　月　日	入・退 R　年　月　日	防府市・他市町村	自宅・死亡・その他(　　)
		M・T・S　年　月　日	入・退 R　年　月　日	防府市・他市町村	自宅・死亡・その他(　　)
		M・T・S　年　月　日	入・退 R　年　月　日	防府市・他市町村	自宅・死亡・その他(　　)
		M・T・S　年　月　日	入・退 R　年　月　日	防府市・他市町村	自宅・死亡・その他(　　)
		M・T・S　年　月　日	入・退 R　年　月　日	防府市・他市町村	自宅・死亡・その他(　　)
		M・T・S　年　月　日	入・退 R　年　月　日	防府市・他市町村	自宅・死亡・その他(　　)