介護保険施設　入所・退所　連絡票

　　年　　月　　日

平川市長殿

介護保険施設

所在地・名称

入所施設

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | |  | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 |
| 性　　別 | 男・女 |
| いままでの  住所 |  | | | | | | | | | | | | |
| ※これからの  住所 |  | | | | | | | | | | | | |
|  | １．死亡  ２．他施設へ入所　　　（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ３．その他 | | | | | | | | | | | | | |

※死亡退所の場合は記入不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者名 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 所在地　　〒  名称  電話番号 | 事務担当者氏名 |
|  |

被保険者

退所理由

|  |  |
| --- | --- |
| 理由 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入所年月日 | 年　　月　　日 | 退所年月日 | 年　　月　　日 |

次の者が下記の施設　・　しましたので、連絡します。

に入所

を退所