介護保険住所地特例施設　入所　・　退所　連絡票

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

　　　　安来市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　次の者が下記の施設　　　に入所　・　を退所　　　しましたので連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| 入所・退所年月日 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | 生年月日 |  |
| 性別 |  |
| 入所前住所 |  | | | | | | | | | | | |
| 退所後住所※1 |  | | | | | | | | | | | |
| 退所理由 | 1　他の介護保険施設入所　　　　2　死亡　　　　3　その他 | | | | | | | | | | | |

※1　死亡退所の場合は記載不要

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設 | 名称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所在地 | 〒 |