介護保険施設　入所・退所　連絡票

　　　　年　　月　　日

小美玉市長　様

（介護保険施設）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 　　　　　　　　　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 | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所在地 | 〒 |