**介護保険　住所地特例施設　入所（居）・退所（居）　連絡票**

年　　月　　日

御前崎市長　様

施設名

施設長　　　　　　　　　　　　印

に入所

次の者が下記の施設　　・　　しましたので、連絡します。

を退所

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被  保  険  者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 明　・　　大　　・　昭  　 年 　月　 日 |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | |
| 性　　別 | 男　　・　　女 |
| 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（居）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 | 〒 |