介護保険住所地特例施設　入所・退所　連絡票

令和　　年　　月　　日

（宛先）　七戸町　（ファックス　０１７６－６８－３５３６　）

介護保険施設

住所

名称

電話

　　　　　　　　　　に入所

次の者が当施設　　　・　　　しましたので、連絡します。

　　　　　　　　　　を退所

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　　保　　険　　者 | 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 |
| 入所前住所 | 〒  電話　　　　　　（　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 退所後住所  ※１ | 〒  電話　　　　　　（　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 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、退所後住所は記載不要です。

（介護保険の保険者及び保険者番号）

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

（入所前及び退所後が介護保険施設の場合、記入してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　設 | 名　　称 |  |
| 入所・退所日 | 年　　　　月　　　　日 |