

# 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)千曲市長

施設名 \_\_\_\_\_

に入所

次の者が下記の介護保険施設 ・ 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<br>保<br>険<br>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                                  |  |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 退所後住所<br>*1                            |  |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 退所理由             | 1. 他介保施設入所 2. 自宅 3. 入院 4. 死亡 5. その他( ) |  |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*1 死亡退所の場合は記載不要

|       |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保 険 者 |  | 保 険 者 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|        |       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 施<br>設 | 事業所番号 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 名 称   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 電話番号  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 所在地   | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |