介護保険（住所地特例）施設　入所・退所　連絡票

　年　　　月　　　日

（宛先）栄村長

施設名

施設長

　　　　　　　　　　　　　　　　　に入所

次の者が以下の介護保険施設　　　　　　　しましたので、連絡します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　を退所

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 性　別 | 男　・　女 |
| 入所前住所 | （〒　　　　-　　　　） |
| 退所理由 | 1・他介護保険施設入所　2・自宅　3・入院　4・死亡　5・その他（　　　　） |
| ※退所後住所 | （〒　　　　-　　　　） |
| 死亡退所者の身元引受人 | 住　所 | （〒　　　　-　　　　）　 |
| アパート名等 |  | 電話　　　　（　　） |
| 氏　名 |  | 被保険者との関係 |  |

※死亡退所の場合は記載不要

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　　設 | 所　在　地名　　　称電話番号FAX番号 |  |