介護保険施設　入所・退所　連絡票

令和　　年　　月　　日

合　志　市　長　　様

施設名

　　　　　　　　　　　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 | 令和　　　　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 | 〒 |