介護保険施設 入所・退所 連絡票

（住所地特例対象施設等入所・退所 連絡票）

令和　　年　　月　　日

桑折町長

施設名

代表者名

電話番号

次の者が施設に （　入 所　・　退 所　） しましたので、連絡します。

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | フリガナ |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 性別 | 男　　・　　女 |
| 入所前住所 | 〒 |
| 退所後住所 | 〒 |
| 退所理由 | １　他の介護保険施設入所　　　２　死　亡　　　３　その他 |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設 | 名称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所在地 | 〒 |