介護保険住所地特例施設入所・退所連絡票

　　年　　月　　日

　　（宛先）東金市長

介護保険施設名称

代表者氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　次の者が下記の施設 | に入所を退所 | しましたので、連絡します。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 入所・退所年月日 | 　　　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 |
| 入所前住所 | 電話番号　　　　　　　　　 |
| 退所後住所(※) | 電話番号　　　　　　　　　 |
| 退所理由 | 1　他の介護保険施設入所　　　2　死亡　　　3　その他 |

※　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 |  |