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 |  |