

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

高萩市長 宛て

介護保険施設

次の者が下記の施設 ^{に入所} 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年 月 日 | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 性 別 | 男 ・ 女 | | | |
| | 入 所 前 所 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 退 所 後 所 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |