介護保険住所地特例施設　入所・退所　連絡票

　　年　　月　　日

宿毛市長　様

に入所

次の者が当介護保険施設　　　　　　しましたので、連絡します。

を退所

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入所年月日 | 年　　月　　日 | 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 |
| 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用

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

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