参考様式

介護保険住所地特例施設　入所・退所　連絡票

　　年　　月　　日

（宛先）東海村長

施設名

施設長

　　　　　　　　　　　　次の者が下記の施設に　入所　　・　退所　　しましたので、連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| 入所・退所年月日 | 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「退所後住所」は記載不要

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

※退所後に他の施設に入所している場合は以下を記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入所した施設 | 名　　称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所 在 地 | 〒 |