介護保険　施設　入所・退所　連絡票

　　年　　月　　日

　佐野市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　に入所

　　次の者が下記の施設 ・ 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 |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |
| 個人番号 |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | |  | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | 生年月日 | | | 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要

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施　設 | 名称 |  |  |
| 電話番号 |  |  |
| 所在地 | 〒 |  |
|  |  |