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 |  〒 |  |
| 　 |  |