介護保険施設入所・退所連絡票

　　年　　月　　日

かすみがうら市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　に入所

次の者が当施設　　　・　　　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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者名 | かすみがうら市 | 保険者番号 | ０ | ８ | ２ | ３ | ０ | ５ |

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