介護保険住所地特例施設　入所・退所　連絡票

　　年　　月　　日

君津市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　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 | 令和　　　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 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　施　　　設 | 名　　称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所 在 地 | 〒 |