介護保険施設 入所・退所 連絡票

 　　 　 　年　 月 　 日

 聖籠町長 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（介護保険施設名）

 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 氏 名 |  | 生年月日 |  年 月 日 |
| 性 別 |  **男 ・ 女** |
| 入所前住所 | 〒　　　－ |
| 退所後住所 \*1 | 〒　　　－ |
|  |  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 | 聖籠町 | 保険者番号 | 1 | 5 | 3 | 0 | 7 | 2 |
|  |
| 施設 | 事業所番号 |  |
| 名 称 |  |
|  | 　　　　　　（　　　） |
| 所 在 地 | 〒　　　－ |