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 | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |