介護保険施設　入所・退所　等　連絡票

　 　年　　 月　　 日

大　東　市　長　 様

　　　　　　　　　　　　　　（介護保険施設）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名　 　称  および  所 在 地 |  | | | | | | | | | | |

　　次の者が下記の施設　に入所 ・ を退所　しましたので、連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| 入所　・　退所　年月日 | 年　　 月 　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | 日  月  年 |
|  | | | | | | | | | | |
| 氏　　　名 |  | | | | | | | | | | | 性　別 | 男　・　女 |
| 入所前住所  （施設入所の場合） | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| 退所後住所  （施設入所の場合）  ※注 | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| 退所理由 | 1．他の介護保険施設入所　　 2．死亡　　 3．その他（　　　　　　　　 　） | | | | | | | | | | | | |

※ 注）死亡退所の場合は記載不要

|  |  |
| --- | --- |
| 保 険 者 | 大　東　市 |
| 保険者番号 | ２７２１８７ |