

介護保険施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

塩谷町長様

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 | 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 | 〒 塩谷町大字 | | | | | | | | | |
| | 退所後住所※ | 〒 | | | | | | | | | |
| 退所理由 | 1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他 | | | | | | | | | | |

※死亡退所の場合は記載不要

| | | | | | | | | |
|------|-----|-------|---|---|---|---|---|---|
| 保険者名 | 塩谷町 | 保険者番号 | 0 | 9 | 3 | 8 | 4 | 9 |
|------|-----|-------|---|---|---|---|---|---|

| | |
|-------|---|
| 施設の名称 | |
| 電話番号 | |
| 所在地 | 〒 |