介護保険住所地特例施設　　　　　　　連絡票

入所（居）

退所（居）

退　所（居）

　　　年　　　月　　　日

名　取　市　長　あて

住　　所

施 設 名

電話番号

に　入所 ・ 入居

を　退所 ・ 退居

次の者が施設　　　　　　　　　　し　　ましたので、連絡します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入所（居）年月日 | 　　　　年　　月　　日 | 退所（居）年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
|  |
| 被　　保　　険　　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 性別 | 男　・　女 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明治 ・ 大正 ・ 昭和　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 入所（居）前住所※入所（居）時のみ記載 |  |
| 退所（居）後住所※退所（居）時のみ記載、死亡退所（居）の場合は記載不要 |  |
| 退所（居）理由※退所（居）時のみ記載 | １　他の住所地特例対象施設入所（居）２　死亡３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |  |  |
| 保険者名 |  | 保険者番号 |  |