介護保険住所地特例施設　入所（居）・退所（居）連絡票

　　　　 年　　　月　　　日

# （あて先）成田市長

介護保険施設

所在地

名称

代表者氏名

に 入所・入居

　　　　　　次の者が下記の施設 ・ 　 　　　　しましたので、連絡します。

# を 退所・退居

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入所（居）・退所（居）年月日 | | | 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 | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| 退所後住所  \*1 | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| 退所理由 | 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 | |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |
| 施  　　設 | 名称 |  | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | | | |

　　　　\*２　退所（退院）の場合は記載の必要はありません。ただし、転院先がわかる場合はご記入をお願いします。