|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険施設　入所・退所　連絡表  年　　月　　日  　鰺ヶ沢町長　様  施設名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 次のとおり、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 | 被保険者番号 |  | | | |  | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | |  | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | 生年月日 | | | 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 | 〒 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |