|  |
| --- |
| 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 | 〒 |
| 　 |