介護保険　適用除外施設入所・退所連絡票

令和　　　年　　　月　　　日

加西市長　あて

事業者名

に入所

を退所

次の者が下記施設　　　　　しましたので、連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| 入所・退所年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 大・昭　　年　　月　　日 | 性別 | 男・女 |
| 被保険者氏名 |  |
| 入所前住所 | 〒 |
| 退所後住所 | 〒 |
| 退所事由 | １．自宅　２．他の施設入所（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）３．死亡　４．医療機関入院（病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

＊死亡退所の場合、退所後住所欄は記入不要

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