介護保険　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 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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．他の介護保険施設入所（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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者名 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設 | 名称 |  | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号 |  |
| 所在地 | 〒 |

対象施設：指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、介護医療院、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所、指定（介護予防）特定施設、指定地域密着型特定施設

市処理欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 摘要 | □当該市町村施設入所者□住所地特例者□その他 | 入力日 |  |