介護保険　住所地特例施設入所・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 | 〒 | | | | | | | | | | | |

※異動（入所または退所）があった場合は、速やかに提出してください。

※連絡票は、保険者の市町村と施設所在地の市町村の両方に提出してください。

市処理欄

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