

介護保険 住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

士別市長 様

介護保険施設名

施 設 長

に入所

次の者が下記の施設 ・ しましたので、連絡します。

を退所

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

| | |
|------|--|
| 個人番号 | |
|------|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--------------|---|--|--|--|--|------|--|--|--|--|------|-------|---|---|---|--|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | フリカ`ナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭 | 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 | 士 別 市 | 保険者番号 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 3 |
|---------|-------|-------|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 施 設 | 名 称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所 在 地 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |