|  |
| --- |
| **介護保険施設　入所・退所　連絡票**令和　　　年　　　月　　　日　　八千代町長　　　　様介護保険施設　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　　次の者が下記の施設 | 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 | 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 | 　 | 保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 　 | 施設 | 名称 | 　 | 　 |
| 電話番号 | 　 |
| 所在地 | 〒 |
| 　 |