

## 介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

福 島 町 長 様

に  
入所  
次の方が下記の施設 に入所 しましたので、連絡します。  
を退所

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

|                  |                                           |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |             |  |  |  |
|------------------|-------------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|-------------|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号                                    |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |             |  |  |  |
|                  | フリガナ                                      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |             |  |  |  |
|                  | 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<br>* 1                              | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |             |  |  |  |
| 退所理由             | 1 他の介護保険施設入所          2 死亡          3 その他 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |             |  |  |  |

\* 1 死亡の場合は記載不要

|         |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 保 険 者 名 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|

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