

介護保険住所地特例施設 入所 ・ 退所 連絡票

令和 年 月 日

(あて先)
飯塚市長

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

| | | | | | | | | | |
|--------|------|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 施 設 | 名 称 | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 | | | | | | | |