**介護保険施設　入所　・　退所　　連絡票**

年　　月　　日

（あて先）

　　山県市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（施設名）

　次の者が下記の施設に　**入所　・　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 | 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 | 〒 |