年　　月　　日

介護保険施設住所地特例対象施設　入所　・　退所　連絡票

大間町長　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

次の者が下記の施設　　に入所を退所　しましたので、連絡いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入所・退所年月日 | |  | | | | | | | | | | |
| 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 | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| 入所後住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| 退所後住所  　　※ | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| 退所理由 | １．他の介護保険施設入所　　２．死亡　　３．その他(　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | |

※死亡退所の場合は記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者名 | 大間町 | 保険者番号 | 0 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　設 | 名所 |  |
| 電話番号 |  |
| 所在地 | 〒 |