介護保険 住所地特例対象施設 入所・退所 連絡票

令和　 　年　 　月　　 日

北広島町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

代表者名

に入所

次の者が下記の施設　　　・　　　しましたので連絡します。

　　　　　　　　　　　を退所

入所・退所 年月日

令和　　年 　　月 　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被  保  険  者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 |
| 氏　　　名 |  | | | | | | | | | |
| 性　　別 | 男　・　女 |
| 入所前住所 | **〒** | | | | | | | | | | | |
| 退所後住所  (死亡は記載不要) | **〒** | | | | | | | | | | | |
| 退所理由 | １　他の住所地特例対象施設入所（居）　 　２　死亡　　 ３　その他 | | | | | | | | | | | |

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

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