

介護保険住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

平成 年 月 日

吉川市長様

施設名

担当者氏名

に入所
 次の者が施設
 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 | フリガナ | | 被 保 険 者 番 号 | | | |
| | 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 | 〒 |

| | | |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 吉川市 記入欄 | 摘要 <input type="checkbox"/> 住所地特例者 <input type="checkbox"/> その他 (住民票異動 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) | |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|