介護保険施設 入所・退所 連絡票

令和　　　年　　　月　　　日

横　手　市　長　　あて

（介護保険施設所在地）

（　　　〃　　　名称）

（　　〃　　代表者名）

に入所

次の方が下記の施設　　　・　　　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 |  | | | | | | | | | |
| 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※ | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 退所理由 | １他の介護保険施設入所　　２死亡　　３その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |

※死亡退所の場合は退所後住所記載不要

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

（注意）横手市内の施設の場合は、他市町村からの住所地特例者分も必ず報告すること

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　　設 | 名　　称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所 在 地 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 横手市  記入欄 | 備考  □住所地特例者  □他市町村住所地特例者  □その他 | 《入力者印》 | 《窓口受付印》 |