介護保険 適用除外対象施設 入所・退所 連絡票

令和　　年　　月　　日

横　手　市　長　　あて

（施設所在地）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（施　設　名　称）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（施設代表者名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次の方が下記の施設　に入所・を退所　しましたので、連絡します。

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他の住所地特例対象施設・適用除外対象施設入所 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 □適用除外施設入所者 □他市適用除外施設入所者 □その他	《入力者印》	《窓口受付印》