

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) _____

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											生年 月日	明・大・昭 年 月 日
	フリガナ												
	氏名											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	《入力者印》	《窓口受付印》
	<input type="checkbox"/> 住所地特例者 <input type="checkbox"/> 他市町村住所地特例者 <input type="checkbox"/> その他		