介護保険　(住所地特例)施設　入所・退所　連絡票

令和　　年　　月　　日

　豊富町長　河　田　誠　一　様

施設名等　　　　　　　　　　　　　　㊞

次の者が下記の施設に　入所・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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 生年月日 | | |  |
| 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 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険者名 | 豊富町 | 保険者番号 | ０１５１６４ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　設 | 名称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所在地 | 〒 |