

介護保険施設 入所・退所 連絡票

平成 年 月 日

備 前 市 長 様

施設名
電話番号
機関番号

下記のとおり異動がありましたので連絡します。

被保険者番号	0	0	0	0					
ふりがな									
氏 名				生年月日	明・大・昭	年	月	日	
				性 別	男 女				

《入所の場合》

入所年月日	平成 年 月 日			入所(入院)
入所前住所				
市の書類送付先 (該当するものに印 をしてください)	<input type="checkbox"/> 認定関係(更新・認定結果通知等) <input type="checkbox"/> 給付関係(高額介護サービス通知等)		<input type="checkbox"/> 納付関係(介護保険料納入通知等)	
	住所 氏名		住所 氏名	

《退所の場合》

退所年月日	平成 年 月 日			退所(退院)
退所の理由(該当番号等に○をつけ、施設名、住所等を記入してください)				
1 他の介護保険施設へ入所(入院)	施設名			
2 病院へ入院	病院名			
3 在宅へ復帰	住所 氏名 続柄 電話			
4 死亡	親族氏名 親族住所 続柄 電話			
5 その他	具体的に ()			
退所後の市の書類送付先	住所 氏名 続柄 電話			