

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)	認定関係(更新・認定結果通知等)		給付関係(高額介護サービス通知等)	
	住所地・入所先・その他(下記) 〒 住所 氏名		住所地・入所先・その他(下記) 〒 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	住所地・その他(下記) 〒 住所 方書 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	住所地・その他(下記) 〒 住所 方書 続柄 電話