介護保険施設　入所/入居　・　退所/退居　連絡票

年　　　月　　　日

勝央町長　様

　　　　　　　　　　　　　　サービス種別

　　　　　　　　　　　　　　介護保険事業所番号

　　　　　　　　　　　　　　施設名

　次の者が下記の施設（　に入所/入居　・　を退所/退居　）しましたので、連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| 入所/入居・退所/退居年月日 | 年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | 生年  月日 | | 明治　・　大正  昭和　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 氏　　名 |  | | | | |
| 入所/入居  前住所 | 〒 | | | | | | | | | | |
| 退所/退居  後住所（※） | 〒 | | | | | | | | | | |
| 退所/退居理由  (いずれかに〇) | ①：他の施設へ入所/入居  ②：病院へ入院（病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  ③：死亡  ④：在宅へ  ⑤：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入がある場合のみ記入）  （退居/退所理由①に記  対象施設 | 名　　称 | （ユニット名：　　　　　　　　　）※グループホーム以外は記載不要 | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号 | （　　　　　　　　）　　　　　－ | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | | | | |