

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○）	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（）										

対 象 施 設	入 が あ る 場 合 の み 記 入 （ 退 居 ／ 退 所 理 由 ① に 記 ）	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	〒									

受付	入力