介護保険適用除外施設　入所　・　退所　連絡票

年　　　月　　　日

勝央町長　様

　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　管理者

　次の者が下記の施設（　に入所　・　を退所　）しましたので、連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| 入所　・　退所　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  前住所 | 〒 | | | | | | | | | | |
| 退　所  後住所（※） | 〒 | | | | | | | | | | |
| 退所理由  (いずれかに〇) | ①：他の施設へ入所  ②：死亡  ③：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | | | | | | | |

※死亡による退所の場合は、記載不要。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入がある場合のみ記入）  （退所理由①に記  対象施設 | 名　　称 |  |
| 電話番号 | （　　　　　　　　）　　　　　－ |
| 所在地 | 〒 |