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 | 〒 |