**介護保険住所地特例施設　入所・退所　連絡票**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

宇土市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（介護保険施設）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　に入所

次の者が下記の施設　　　・　　　しましたので、連絡します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　を退所

|  |  |
| --- | --- |
| 入所・退所年月日 | 　　　年　　　　月　　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　被　保　険　者 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 性　別 | 男　　　・　　　女 |
| 入所前住所 | 〒 |
| 退所後住所＊１ | 〒 |
| 退所理由 | １　他の介護保険施設入所　　　　２　　死亡　　　　３　その他 |

　　＊１死亡退所の場合は記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者名 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　設 | 名　　称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所 在 地 | 〒 |