入所(居)

退所(居)

・

介護保険住所地特例施設　入所(居)・退所(居)連絡票

年　　月　　日

　四條畷市長　あて

施設名

　　次の者が下記の施設に　　　　　　　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 |  |  |  |
| 氏　　名 |  |  |  |
| 入所前住所 |  |
| 退所理由※１ | １.他の介護保険施設入所（　　　　　　　）　　２.死亡　　３.入院４.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 退所後住所※２ |  |

※１　他の介護保険施設入所による場合は、退所後の施設等の名称も記入してください。

※２　死亡退所の場合は記載不要です。

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設 | 事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名　　称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所 在 地 |  |