退所等連絡票（高額介護サービス費受領委任払支給対象者一覧　　　　年　　月審査分）

　次の被保険者について当施設より退所（退院）、死亡等の異動がありましたので連絡いたします。

　※当該被保険者については退所（退院）に場合は退所（退院）日の属する月、月末退所（退院）の方で退所日に入所していた施設以外の介護サービスの利用がない場合又は死亡の場合はその翌月より受領委任払いを適用しない取扱いとなります。

　※本連絡票の異動日の翌月1日必着で提出してください。本連絡票の提出がない場合、受領委任払が適用される可能性があります。その場合、後日過誤等の手続きを行っていただくことがありますので、ご注意ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 上限額 | 退所（退院）日死亡日 | 異動事由（○をつける） | 退所日のその他サービス利用 | 備考 |
|  |  | 円 | 年　月　日 | 退所(退院)・死亡 | 有　・　無 |  |
|  |  | 円 | 年　月　日 | 退所(退院)・死亡 | 有　・　無 |  |
|  |  | 円 | 年　月　日 | 退所(退院)・死亡 | 有　・　無 |  |
|  |  | 円 | 年　月　日 | 退所(退院)・死亡 | 有　・　無 |  |
|  |  | 円 | 年　月　日 | 退所(退院)・死亡 | 有　・　無 |  |

　　※退所日のその他サービス利用欄は月の末日退所(退院)の場合以外、記入は不要です。

　事業者番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（その他の連絡欄

　住所

　電話番号　　　　　　　　　　　FAX

　担当者

四條畷市高齢福祉課　電話072-877-2121　FAX072-877-6601