介護保険　適用除外施設　入所・退所　連絡票

年　　月　　日

　　(宛先)山武市長

施設名称

代表者氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　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 | 　 |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 性別 | 男　　・　　女 |
| 入所前住所 | 〒 |
| 退所後住所(＊1) | 〒 |
| 退所理由 | 　1　他の施設入所　　2　死亡　　3　その他 |

　＊1　死亡退所の場合は、記載不要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設 | 名称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所在地 | 〒 |