介護保険（住所地特例）施設　入所・退所　連絡票

令和　　年　　月　　日

　（保険者名）　毛呂山町長　　あて

施設名

次の者が　[ ]  入所 ・ [ ]  退所　しましたので、連絡します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入所・退所年月日 | [ ] 昭和[ ] 平成　　年　　月　　日[ ] 令和 |  |
|  |  |  |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | [ ] 明治[ ] 大正　　年　　月　　日[ ] 昭和 |
| 氏名 |  |
| 性　　別 | [ ] 男　・　[ ] 女 |
| 入所前住所(入所時のみ記入) | 〒 |
| 退所理由 | [ ] 他の介護保険施設入所　　[ ] 自宅　　[ ] 入院　　[ ] 死亡[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 退所後住所（死亡退所の場合記入不要） | 〒 |
|  |  |  |
| 保険者名 | 毛呂山町 | 保険者番号 | 1 | 1 | 3 | 2 | 6 | 6 |
|  |  |  |
| 施設 | 所在地名称電話番号 | 〒 |
| この連絡票は、住所地特例の適用の有無にかかわらず、すべての入・退所者について保険者へ提出してください。　 |
| 町使用欄 |  |
| 入力 | 確認 |  |
|  |  |