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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |