

町 長	副 町 長	課 長	副 課 長	係 長

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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
----------	---	-------

被 保 険 者	被保険者番号						
	フリガナ				生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
	氏 名				性 別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	
	入所前住所 (入所時のみ記入)	〒					
	退 所 理 由	<input type="checkbox"/> 他の介護保険施設入所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 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