介護保険　住所地特例施設　入所・退所　連絡票

年　　　月　　　日

都留市長　殿

施設名　　　　　　　　　　　　　　㊞

次の者が施設に （　入 所　・　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 | フリガナ |  | 被保険者番号 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 性別 | 男　・　女 |
| 入所前住所 | 〒 | | |
| 退所後住所 | 〒 | | |
| 退所理由 | １ 他の介護保険施設入所　　２　死亡　　３ その他（　　　　　　　） | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険者名 |  | 保険者番号 |  |

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

保険者記入欄（以下の欄には記入しないでください。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認欄 | | | 処理欄 | | 受付印 |
| □保険者（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □  □ | | | □連絡票  □AC処理  □MC処理  □ | |  |
| 回　　　覧 | | | | |
| 課長 | 課長補佐 | ﾘｰﾀﾞｰ | 担当 | 受付者 |