介護保険　施設入所（居）・退所（居）連絡票

　　年　　月　　日

高梁市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　　設 | フリガナ |  |
| 施設名称 |  |
| 代表者名 |  |
| 所在地 | 〒 |
|  | 保険者番号※1 |  |
| 電話番号 |  | 事業者番号 |  |
| 事業所種別 | 　　　　　　　　　　　　　 | 　**□**　地域密着型介護老人福祉施設※２ |

**に入所・入居**

**次の者が上記の施設　　　　　　　　　　　　しましたので、連絡します。**

**を退所・退居**

|  |  |
| --- | --- |
| 入所（居）・退所（居）年月日 | 年　　月　　日　 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | * 住所地特例者※3
 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月日 |
| 氏　　名 |  |
| 性　別 | 男　　・　　女 |
| 入所（居）前住　所　　※4 | 〒 |
| 入所（居）理　由※5 | * 他施設からの入所（居）（施設名：　　　　　　　　　　　　　 ）
* 医療機関退院（医療機関名：　　　　　　 　　　　　）
* 在宅からの入所（居）
* その他（ 　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　）
 |
| 退所（居）理　由　　　　※5 | * 他施設への移動（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* 医療機関入院（施設名： 　　）
* 死　亡（死亡日：　　　　　　　　　　　 　　 　 　 ）
* その他（）
 |

※１施設所在市町村の保険者番号　※2該当する場合は✔をしてください。（地域密着型介護老人福祉施設は住所地特例施設の対象外）※3住所地特例施設入退所（居）連絡の場合は✔してください。　※4届出施設へ住所を異動する前の住所を記入してください。住所を異動していない場合は住民票の住所を記入してください。　※5該当する理由1つに✔をしてください。