

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	
			事業者番号	
	電話番号			
事業所種別	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設※2			

次の者が上記の施設 **に入所・入居** 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											<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 他施設からの入所（居）（施設名： ） <input type="checkbox"/> 医療機関退院（医療機関名： ） <input type="checkbox"/> 在宅からの入所（居） <input type="checkbox"/> その他（ ）										
	退所（居）理由 ※5	<input type="checkbox"/> 他施設への移動（施設名： ） <input type="checkbox"/> 医療機関入院（施設名： ） <input type="checkbox"/> 死 亡（死亡日： ） <input type="checkbox"/> 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✓をしてください。 ※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。