介護保険　住所地特例施設　入所・退所　連絡票

　　年　　月　　日

　　　　榛　東　村　長　様

　次の者が下記の施設に(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 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | 　 | 　 |
| 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　他介護保険施設入所　　2　死亡　　3　その他 |
| 入所中世帯状況 | □被保険者は世帯主 |
| □被保険者は世帯主以外 |
|  | 世帯主氏名 |  | 性別 | 男　・　女　　　　 |
| 生年月日 | 年　月　日 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者の続柄 |  |  |

※死亡退所の場合は記載不要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　設 | 名称 | 　 |
| 電話番号 | 　 |
| 所在地 | 〒 |