介護保険施設入所・退所連絡票

　年　　月　　日

　玉東町長　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 次の者が下記の施設 | に入所 | しましたので、連絡いたします。 |
| を退所 |

|  |  |
| --- | --- |
| 入所・退所年月日 | 年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　　　保　　　険　　　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | 生年月日 | | | 明・大・昭　　年　 月　 日 |
| 氏名 |  | | | | | | | 性別 | | |  |
| 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 | | | | | | | | | | |

　※１　死亡退所の場合は記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者 | **玉　東　町** | 保険者番号 | **4** | **3** | **3** | **6** | **4** | **9** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　　　設 | 名　　　　称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所在地 | 〒 |