|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険施設 入所・退所 連絡票    　　 　 年　 月 　 日  大田原市長　　 様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（介護保険施設名）    に入所  次の者が下記の施設 ・ しましたので連絡します。  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 |  | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 年 月 日 | | | | | | | |  |
| 性 別 | | 男 ・ 女 | | | | | | | |
| 入所前住所 | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退所後住所  　　　　＊１ | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退所理由 | １ 帰宅 ２ 転出　３ 死亡　４ 入院　５ 施設間移動　６ その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＊１ 死亡退所の場合は記載不要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保 険 者 名 | | 大田原市 | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | ０ | | ９ | ２ | １ | ０ | ６ |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施  設 | 名 称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 電話番号 | （　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |