|  |
| --- |
| 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 | 〒　　　－ |