**介護保険住所地特例施設　入所（居）・退所（居）　連絡票**

令和　　年　　月　　日

肝付町長　様

（施設名）

に入所・入居

次の者が下記の施設　　　　　　　　　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 | 令和　　年　　月　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 被保険者番号 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭　　年　月　日 |
| 入所（居）  前住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| 退所（居）  後住所  ※１ | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| 退所（居）  理由 | | １．他の住所地特例対象施設入所（居）　２．死亡　３．その他 | | | | | | | | | | | |

　　 　　 ※１　死亡退所の場合は記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者名 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |

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