介護保険施設等 入所 ・ 退所　 連絡票

令和 年 　月　 日

南種子町長　　殿

施設名

住 所

　　　　　　　　　　　　　　　　 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 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 被保険者番号 | 5 | 0 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |
| 性　 　別 | 男　　・　　女 |
| 入所前住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| ※１  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　については退所理由が「死亡」の場合は記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者名 | 南種子町 | 保険者番号 | ４ | ６ | ５ | ０ | ２ | １ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　　　設 | 名　 　称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所 在 地 | 〒 |