**介護保険住所地特例施設入所・退所連絡票**

　　年　　月　　日

（宛先）　富　山　市　長

住所地特例施設

住所

名称

電話番号

次の者が当施設　（　に入所　・　を退所　）　しましたので、連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
| 氏　　名 |  | 明・大・昭　　　年　　月　　日 |
| 入所前住所 | 〒 |
| 退所後住所 | 〒 |
| 退所理由 | １　他の施設に入所　　２　死亡　　３　その他 |

備考　退所理由が死亡の場合、退所後住所欄は記載不要です。

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

備考　被保険者証にて確認のうえ記載してください。