**介護保険適用除外施設　入所・退所　連絡票**

　　年　　月　　日

白　老　町　長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（住　所）

（施設名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者）　　　　　　　　　　　　　印

　　　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 |  | 生年月日 | M・T・S　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  | 性別 | 男・女 |
| 入所前住所 | 〒 |
| 退所後住所※１ | 〒 |
| 退所理由 | １　他の介護保険施設入所　　２　死亡　　３　その他（　　　　）　 |

※１　死亡退所の場合は記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **保険者名** | **白老町** | **保険者番号** | **０** | **１** | **５** | **７** | **８** | **４** |
| 施　設 | 名称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所在地 | 〒 |