

介護保険住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

令和 年 月 日

(あて先) 前橋市長

施設長：_____

次の者が、下記の施設 _____ に入所(居) しましたので、連絡します。
 を退所(居)

入所(居)・退所(居)年月日	年 月 日
----------------	-------

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号											
	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(居)の場合は記載不要

保険者(市町村名)		保険者番号							
-----------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名称												
	電話番号												
	所在地	〒											

*FAXでもご提出いただけますが、個人情報のお取り扱いにはご注意ください。

FAX : 027-243-4027

記入例

介護保険住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

記入日をお書きください。

令和元年 9月 9日

(あて先) 前橋市長

入所(居)又は退所(居)のいずれかに
○をつけてください。

施設長: 前橋 花子

次の者が、下記の施設 に入所(居) しましたので、連絡します。
 を退所(居)

入所(居)・退所(居)年月日

令和元年 9月 5日

被 保 険 者	フリガナ	マエハシ タロウ	被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
	氏名	前橋 太郎	生年月日	明・大	<input checked="" type="radio"/> 昭	24年	1月	1日					
	入所(居) 前住所	〒371-0000 群馬市大手町1丁目1番1号											
	退所(居) 後住所	退所(居)の場合は、理由の該当項目に ○をつけてください。											
	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(居)の場合は記載不要

保険者(市町村名)	群馬市	保険者番号												
-----------	-----	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名称	住宅型有料老人ホーム まえばし1号館
	電話番号	027-898-0000
	所在地	〒371-8601 前橋市大手町二丁目12番1号

*FAXでもご提出いただけますが、個人情報のお取り扱いにはご注意ください。

FAX: 027-243-4027

被保険者番号、保険者番号が分からない場合は空欄のままで結構です。

保険者(市町村名)は必ずご記入ください。