

介護保険住所地特例施設  
入所・退所 連絡票

平成 年 月 日

釜石市長 様

介護保険施設名

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・退所の年月日 | 平成 年 月 日 |
|-----------|----------|

|                  |          |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|----------|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>險<br>者 | 被保険者番号   |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | ふりがな     |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 氏名       |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 入所前住所    | 〒                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(※)死亡退所の場合は記載不要

|      |     |       |   |   |   |   |   |   |
|------|-----|-------|---|---|---|---|---|---|
| 保険者名 | 釜石市 | 保険者番号 | 0 | 3 | 2 | 1 | 1 | 0 |
|------|-----|-------|---|---|---|---|---|---|

|    |      |  |      |
|----|------|--|------|
| 施設 | 名称   |  | 担当部署 |
|    | 電話番号 |  | 担当者名 |
|    | 所在地  |  |      |

|    |      |    |       |       |     |
|----|------|----|-------|-------|-----|
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 介護認定係 | 高齢介護係 | 担当者 |
|    |      |    |       |       |     |

上記のとおり連絡がありましたので、受付・登録してよろしいか伺います。

|     |
|-----|
| 受付印 |
|-----|