介護保険施設（入所・変更・退所）連絡票

年　　月　　日

　　伊豆の国市長　宛

施設名

施設長

　　次のとおり介護保険施設の（入所・変更・退所）について連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| 入所・退所年月日 | 年　　月　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 入所前住所 |  |
| 退所後住所※ |  |
| 退所理由 | １　他施設入所　　２　死亡　　３　その他（　　　　　　　　　　） |

　※死亡退所の場合は記載不要

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設 | 名　　称 |  |
| 所 在 地 | 〒 |
| 電話番号 |  |