介護保険住所地特例施設等入所・退所連絡票

令和　　　　年　　　　月　　　日

清瀬市長

|  |
| --- |
| （施設名） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

　次の者が下記の施設に　**入所　・　退所**　　しましたので連絡します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入所・退所年月日 | 令和　　　年　　 月　　 日 |  |  |
|  |  |
| 被　　保　　険　　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明治 ・ 大正 ・ 昭和 |
| 氏　名 |  |  年　 　　月　　 　日 |
| 性別 | 男性　　　 ・　　　女性 |
| 要介護状態区分 | なし要支援　１　２要介護　１　２　３　４　５ | 特例入所の理由（要介護１・２で特別養護老人ホームに入所する場合はご記入ください） |
| 入所前住所 | 〒 |
| 退所後住所 | 〒　　　※死亡の場合は記入しません |
| 退所理由 | １　他の住所地特例対象施設に入所　　２　入院　（住所異動　　有　・　無　）　３　死亡　（死亡日　　　　 　年　　　　月　　　日）４　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
| 保険者名 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 施　　　設 | 名　　称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所在地 | 〒 |