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 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |