介護保険　住所地特例対象施設　入退所（居）連絡票

年　　月　　日

宇　佐　市　長　様

（住所地特例施設名等）

に入所（居）

　　　次の者が下記の施設　　　　　　　　　　　しましたので、連絡します。

　　　　　　　　　　　　　　を退所（居）

|  |  |
| --- | --- |
| 入退所（居）年月日 | 年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 |  |
| 氏　名 |  | 性　別 | 男　・　女 |
| 入所（居）前　　又は退所（居）後の住所 | 〒※死亡退所（居）の場合は記載不要 |
| 退所（居）の理　　　　由 | 1 他の住所地特例対象施設入所（居）　2 死亡　3 その他（　　　　　　） |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　　設 | 名　　称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所在地 | 〒 |

※保険者名・保険者番号は報告対象利用者の保険者のそれを記入してください。