介護保険適用除外施設　入所（居）・退所（居）連絡票

令和 　 　年 　　 月 　　 日

山都町長様

法人名（届出者氏名）

施設名（届出者住所）

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）

（入所（居）・退所（居）のいずれかを○で囲んでください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 入所（居）・退所（居）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・大・昭  　　年　　　月　　　日 | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | |
| 性別 | 男　・　女 | |
| 入 所 前 住 所 | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| 退所（居）後住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| 退所（居）理由 | １ 他の介護保険施設入所　 ２ 死亡　 ３ その他（　　 　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |

※１　退所（居）理由が死亡の場合は記載不要です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者名 | 山都町 | 保険者番号 | ４ | ３ | ４ | ４ | ７ | ２ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設 | 名　　称 |  |
| 電 話 番 号 |  |
| 所 在 地 | 〒 |