介護保険施設入所・退所連絡票

# 入 所 ・ 退 所 年月日 令和 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 施 設 名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 氏 名 |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |
| 住 所 |  | | | | | | | | | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 退所理由 | １．他の施設へ入所  （施設名 ）    ２．入 院  （病院名 ）    ３．死 亡  （死亡年月日 年 月 日 ）    ４．そ の 他  （ ） | | | | | | | | | | | |

問い合わせ　　　　村上市介護高齢課介護保険室

電話 ５３－２１１１ 内線３４１１・３４１２

ＦＡＸ ０２５４－５３－３８４０