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