介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

亀岡市高齢福祉課長 様

　に入所

次の者が下記の施設 　　 しましたので、連絡します。

　を退所

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 氏 名 |  | | | | | | | 生年月日 | | | | | 明  大 年 月 日  昭 |
| 住 所 | 〒 | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 施 設 入 所 |
| 入 所 日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 施 設 名 |  | | | | | | | | | | | |
|  | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所 在 地 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 施 設 退 所 |
| 退 所 日 | 年 月 日 |
| 退所の理由 | １．居宅 ２．介護保険施設 ３．医療機関入院  ４．死亡 ５．その他 |
| 退所後の状況  （施設名・連絡先など記入してください。） |  |

　　　　　　　　　　　　　　※ 退所される場合は、入所日も御記入ください。