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。