|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険　住所地特例施設　入所・退所　連絡票      　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日      (あて先) 寝 屋 川 市 長  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護保険施設名    　　　　　　　　　　　　　　　　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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 入所・退所年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 被保険者番号 | | | **０** | **０** | **０** | **０** |  |  | |  |  |  |  | |  | | | | | | |
| 被　保　険　者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | 生　年　月　日 | | | | | |  |
| 氏　　名 | |  | | | | | | | | | | | | 年 　月 　　日 | | | | | |
| 入所前住所 | | 〒　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退所後住所  ※１ | | 〒　　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退所理由 | | １.他の介護保険施設入所　　　　２.死亡　　　　３.その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※１ 　死亡退所の場合は記載不用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 保険者名 | | 寝屋川市 | | | | | | | 保険者番号 | | | | | **２** | | **７** | **２** | **１** | **５** | **３** |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 施　　設 | 名　　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 電話番号 | | ―　　　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | | 〒　　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |