|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険　適用除外施設　入所・退所　連絡票      　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日      (あて先) 寝 屋 川 市 長  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設種別  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 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　他施設入所　　　　２　死亡　　　　３　その他 | | | | | | | | | | |
| ※１ 　死亡退所の場合は記載不用 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 施　　設 | 名　　称 |  | | | | | | | | | | |  |
| 電話番号 | ―　　　　　　― | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | 〒　　　　― | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |