

# 介護保険 住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

令和 年 月 日

(あて先) 岩沼市長

(施設名)

印

次の者が下記の施設  
に 入所・入居  
・  
を 退所・退居  
しましたので、連絡します。

※太わくの中をご記入ください

|                |    |   |   |   |
|----------------|----|---|---|---|
| 入所(居)・退所(居)年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|----------------|----|---|---|---|

|                  |            |                    |  |  |  |  |  |      |  |  |       |  |  |      |       |   |   |  |  |  |
|------------------|------------|--------------------|--|--|--|--|--|------|--|--|-------|--|--|------|-------|---|---|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号     |                    |  |  |  |  |  |      |  |  |       |  |  |      |       |   |   |  |  |  |
|                  | フリガナ       |                    |  |  |  |  |  |      |  |  |       |  |  | 生年月日 | 明・大・昭 |   |   |  |  |  |
|                  | 氏名         |                    |  |  |  |  |  |      |  |  |       |  |  |      | 年     | 月 | 日 |  |  |  |
|                  | 入所(居)前住所   | 〒                  |  |  |  |  |  |      |  |  |       |  |  | 性別   | 男・女   |   |   |  |  |  |
|                  | 退所(居)後住所*1 | 〒                  |  |  |  |  |  |      |  |  |       |  |  |      |       |   |   |  |  |  |
|                  | 退所(居)理由    | 1 他の住所地特例対象施設入所(居) |  |  |  |  |  | 2 死亡 |  |  | 3 その他 |  |  |      |       |   |   |  |  |  |

\*1 死亡退所(居)の場合は記載不要

|      |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保険者名 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|        |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 施<br>設 | 名称   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 電話番号 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 所在地  | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |  |
|---|--|
| 収 |  |
| 受 |  |