様式第5号(第8条関係)

介護保険住所地特例対象施設入所(居)・退所(居)連絡票

年　　月　　日

　時津町長　様

施設名

代表者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 次の者が下記の施設 | に入所(居)を退所(居) | しましたので、連絡します。 |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 性別 | 男　・　女 |
| 入所(居)前住所 | 〒 |
| 退所(居)後住所※ | 〒 |
| 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 |

　　　※死亡退所(居)の場合は記載不要

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設 | 名称 | 　 |
| 電話番号 | 　 |
| 所在地 | 〒 |