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

いわき市長　様

住所地特例対象施設

次の者が、下記の施設に入所（居）・退所（居）しましたので連絡します。

注意　□のある欄は、該当する箇所にㇾ印をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| □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 |  | | | | | | 生年  月日 | | □明 □大 □昭  　 年 　月　 日 | | | |
| 氏　　　名 |  | | | | | |
| □入所（居）前  □退所（居）後  住　　所 | 〒  ※死亡退所（居）の場合は記載不要 | | | | | | | | | | | |
| 退 所 理 由 | * 他の住所地特例対象施設への入所（居） * 死亡 * その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保 険 者 名 | いわき市 | 保険者番号 | ０ | ７ | ２ | ０ | ４ | １ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設 | 名　　称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所 在 地 | 〒 |