介護保険施設入所・退所連絡票

八峰町長　様

令和　　年　　月　　日

介護保険施設名称

　　　　　　　　　　　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 | 令和　　年　　月　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 |
| 氏 名 |  | 性 別 | 男　　・　　女 |
| 住 所 | 〒 |
| 退所理由 | １．他の介護保険施設またはグループホーム（名称：　 　　　　　）へ入所２．死亡３．医療機関（名称：　　　　　　　　）へ入院４．在宅に戻る５．その他（　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 施　　設 |  |
| 名　　称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所 在 地 | 〒 |