**介護保険施設　入所・退所　連絡票**

年　　月　　日

龍郷町長　様

所在地

名　称

報告者

連絡先

　次の者が下記のとおり施設　　　　　しましたので、お知らせします。

入所

退所

記

入所年月日　　　年　　月　　日

　　事由　 在宅 転所(　　　　　　) 退院(　　　　　　)

退所年月日　　　年　　月　　日

　　事由　 在宅 転所(　　　　　　) 入院(　　　　　　) 死亡

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 被保険者番号 | 5 | 2 | 7 | 0 | 0 |  |  |  |  |  | 保険者番号 | 4 | 6 | 5 | 2 | 7 | 8 | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 性別 |  | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | 生年月日 |  | | | | | |
| 入所前住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退所後住所※ | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退所理由 | 他の介護保険施設入所　死亡　その他（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |

※死亡退所の場合は記載不要

親族等連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所 | 〒 | | |
| 氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 電話番号 |  | | |