様式第４号（第８条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護保険住所地特例施設 | 入所  退所 | 連絡票 |

年　　月　　日

　　島田市長

所在地

施設名　名称

電話番号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 次の者が当施設 | に入所  を退所 | したので、連絡します。 |

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入所・退所年月日 | 年　　月　　日 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| フリガナ |  | | | | | 生年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | |
| 入所前の住所 | 郵便番号  電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 退所後の住所 | 郵便番号  電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 退所の理由 | １　他の介護保険施設入所　　２　死亡  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |

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

　(注)　退所の理由欄の該当する番号に○を付けてください。「２　死亡」を選んだ場合は、退所後の住所欄への記入は不要です。「３　その他」を選んだ場合は、（　）内にその理由を記入してください。