**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

　空知中部広域連合長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長

　　　　　　　　　　　　　に入所・入居

　　次の者が下記の施設　　　　　　　　　　しましたので、連絡します。

　　　　　　　　　　　　　を退所・退居

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　　　　保　　　　険　　　　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  | | | | | | | | | |
| 氏　　　名 |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 |
| 性　　別 | 男　　・　　女 |
|
| 入所(居)  前住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
|
| 退所(居)  後住所  ※１ | 〒 | | | | | | | | | | | |
|
| 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 | | | | | | | | | | | |

　　　　※１　死亡退所(居)の場合は記入不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保　険　者　名 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |

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