

介護保険(住所地特例)施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

【すべての入・退所(居)者に係る連絡用】

令和 年 月 日

佐久市長 様

施設名

次の者が下記の介護保険施設 に入所・入居 しましたので、連絡します。
を退所・退居

入所・退所年月日	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											性別	男 ・ 女			
	入所前住所 (入所時のみ記入)	〒														
	退所理由	1 他の介護保険施設入所 2 自宅 3 入院 4 死亡 3 その他()														
	退所後住所 (死亡退所の場合 記入不要)	〒														
	身元引受人	住所											電話			
(死亡退所の場合 のみ記入)	アパート団地等											被保険者 との関係				
	氏名															

保険者名	佐 久 市	保険者番号	2	0	2	1	7	6
------	-------	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	所在地 名称 電話番号 (ゴム印で可)													
--------	------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

この連絡票は、住所地特例の運用の有無にかかわらず、すべての入・退所(居)者について佐久市に提出してください。

課長等	係長	係	受理処理欄