**介護保険住所地特例施設 入所(居)・退所(居) 連絡票**

　 　年　 　月　 　日

川崎市　　　区長　様

［施設名］

［管理者名］

次の者が［　入所(居)　・　退所(居)　］しましたので、連絡します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | | | |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | 保険者番号 | | | | |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | 明・大・昭  　　年　　月　　日 | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |
| 今までの住所  （住民登録地） | | | | （　在宅　・　施設　）  〒  都・道  府・県 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(居)するとき | 施設 | 名称 | 事業所番号※ | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  |  | |  | | --- | | □ 介護保険施設  □ 養護老人ホーム  □ 有料老人ホーム  □ 軽費老人ホーム  □ ｻｰﾋﾞｽ付き高齢者向け住宅 | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒  都・道  府・県 | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　（　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 入所(居)日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(居)後の住所  （住民登録地） | | 〒  都・道  府・県 | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　（　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 退所(居)するとき | 退所(居)日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 他の施設に入所(居)するとき | 名称 | 事業所番号※ | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  |  | |  | | --- | | □ 介護保険施設  □ 養護老人ホーム  □ 有料老人ホーム  □ 軽費老人ホーム  □ ｻｰﾋﾞｽ付き高齢者向け住宅 | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒  都・道  府・県 | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　（　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 入所(居)日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退所(居)後の住所  （住民登録地） | | 〒  都・道  府・県 | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　（　　　） | | | | | | | | | | | | |

※　当該施設が介護保険事業所の指定を受けていない場合は、事業所番号欄は空欄になります。