**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。