

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					
氏 名										性 別	男 ・ 女					
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※										<input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> サービ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※										<input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> サービ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。