

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)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 ()			
退所(居)するとき	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。