介護保険施設　入所・退所　連絡票

|  |
| --- |
| 受付印Ｎｏ． |
|  |

　あて先）臼杵市長

　　　　　　　　　　　に入所

　次の者が下記の施設　　 ・　　 しましたので連絡します。

　　　　　　　　　　　から退所

|  |  |
| --- | --- |
| 入所・退所年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　　保　　険　　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 |
| 被保険者氏名 |  |  |
| 入所前の状況 | １．在宅２．他の介護保険施設入所　　施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）３．医療機関に入院等　　医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 退所理由 | １．在宅２．他の介護保険施設入所　　施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）３．死亡４．医療機関に入院等　　医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※外泊のため、一時的に退所される場合は提出の必要はありません。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者名 | 臼杵市 | 保険者番号 | 4 | 4 | 2 | 0 | 6 | 1 |

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡施設名称 | 　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 確　認 | 入　力 |
|  |  |