**介護保険施設　入所・退所　連絡票**

　　　年　　月　　日

　屋久島町長　様

住　所

施設名

代表者　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　に入所

　次の者が本施設　　　　・　　　しましたので、連絡します。

　　　　　　　　　　　を退所

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　 　保　 　険　 　者 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 入所前住所 | 〒 |
| 退所後住所 | 〒 |
| 退所理由 | １ 他介護保険施設入所　２ 死亡 ３ その他（　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者名 | 屋久島町 | 保険者番号 | 4 | 6 | 5 | 0 | 5 | 4 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　 設 | 名　　　称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所　在　地 | 〒 |