

## 施設名

印

|                    |                  |                 |          |
|--------------------|------------------|-----------------|----------|
| 異動事由<br>(該当する事由に○) | 入所 ・ 入所中の適用 ・ 退所 | 異動(予定)<br>年 月 日 | 平成 年 月 日 |
|--------------------|------------------|-----------------|----------|

|                                                                                            |                                                                                                          |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |   |   |   |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|-------|---|---|---|--|--|--|
| <div style="writing-mode: vertical-rl; text-align: center;">被<br/>保<br/>険<br/><br/>者</div> | 被保険者番号                                                                                                   |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |   |   |   |  |  |  |
|                                                                                            | フリガナ                                                                                                     |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |   |   |   |  |  |  |
|                                                                                            | 氏　名                                                                                                      |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | M・T・S | 年 | 月 | 日 |  |  |  |
|                                                                                            |                                                                                                          |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 性　別  | 男 ・ 女 |   |   |   |  |  |  |
|                                                                                            | 入所前住所                                                                                                    | ※ 入所の場合のみ記入してください。                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |   |   |   |  |  |  |
|                                                                                            |                                                                                                          | ※病院・施設等からの入所の場合は、病院名・施設名等を記入してください。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |   |   |   |  |  |  |
| 退所後住所                                                                                      | ※ 施設入所・在宅に戻る場合は記入してください。死亡退所の場合は不要です。                                                                    |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |   |   |   |  |  |  |
| 退所理由                                                                                       | <div>死亡退所のため                  在宅に戻するため</div> <div>病院入院のため                その他( )</div> <div>施設入所のため</div> |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |   |   |   |  |  |  |

|    |                |          |
|----|----------------|----------|
| 施設 | 施設名称<br>(担当者名) | (担当者名: ) |
|    | 電話番号           |          |
|    | 所在地            | 〒        |

(様式1)

介護保険 住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

江 差 町 長 様

施設名

印

次の者が当施設につきのとおりに（ 入所 ・ 退所 ）しましたので、連絡します。

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

|                  |                                                                                                                     |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |   |   |   |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|-------|---|---|---|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号                                                                                                              |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |   |   |   |
|                  | フリガナ                                                                                                                |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |   |   |   |
|                  | 氏 名                                                                                                                 |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | M・T・S | 年 | 月 | 日 |
|                  |                                                                                                                     |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 性 別  | 男 ・ 女 |   |   |   |
|                  | 入所前住所                                                                                                               | ※ 入所の場合のみ記入してください。                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |   |   |   |
|                  |                                                                                                                     | ※病院・施設等からの入所の場合は、病院名・施設名等を記入してください。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |   |   |   |
| 退所後住所            | ※ 施設入所・在宅に戻る場合は記入してください。死亡退所の場合は不要です。                                                                               |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |   |   |   |
| 退所理由             | 死亡退所のため                  在宅に戻るため<br>病院入院のため                  その他(                                      )<br>施設入所のため |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |   |   |   |

|      |  |       |  |
|------|--|-------|--|
| 保険者名 |  | 保険者番号 |  |
|------|--|-------|--|

(様式2)

## 介護保険施設 入所・退所 連絡票

令和      年      月      日

江 差 町 長 様

施設名

印

次の者が当施設につきのとおりに（ 入所 ・ 退所 ）しましたので、連絡します。

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

[illegible]

|      |  |       |  |
|------|--|-------|--|
| 保険者名 |  | 保険者番号 |  |
|------|--|-------|--|