介護保険　適用除外施設　入所・退所　連絡票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 文書番号 | 　　　　　　　　　　　　 |

　　(宛先)山鹿市長

　　年　　月　　日

　(介護保険適用除外施設)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 次の者が下記の介護保険適用除外施設 | に入所を退所 | しましたので、連絡します。 |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 | 　 |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 性別 | 男・女 |
| 入所前住所 | 〒 |
| 施設名又は建物名 |  |
| 退所後住所※1 | 〒 |
| 施設名又は建物名 |  |
| 退所理由 | 1　転居・転所　　　2　死亡　　　3　その他（　　　　　　　　） |

※１死亡退所の場合は記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者名※２ | 　 | 保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

※２保険者名は、障害者支援施設等は、障害福祉サービスの支給決定等をしている市町村、救護施設は、保護を実施している福祉事務所名を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設 | 名称 | 　 |
| 電話番号 | 　 |
| 所在地 | 〒 |