様式第9号(第17条関係)

介護保険住所地特例施設　入所・退所　連絡票

年 　月　 　日

　　常総市長　様

施設名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　次の者が下記の施設 | に入所（居）・を退所（居） | しましたので，連絡します。 |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 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 | 〒 |
| 退所後住所\*1 | 〒 |
| 退所理由 | 1　他の介護保険施設入所　　　　2　死亡　　　　3　その他 |

　　　\*1　死亡退所の場合は記載不要

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

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