|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課　長 | 課長補佐 | 係　長 | 係　　員 |
|  |  |  |  |

**介護保険施設　入所・退所　連絡票**

**令和　　　年　　　月　　　日**

**松浦市長　様**

 **介護保険施設**

**所　在**

**名　称**

**届出者名**

**に　　　入　所**

**次の者が下記の施設　　　　　　　　　　　　　　　しましたので、連絡します。**

**を　　　退　所**

|  |  |
| --- | --- |
| **入所・退所年月日** | **令和　　　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** | **〒** |
| **退所理由** | **１　他の介護保険施設入所　　　２　死亡　　　　３　その他** |
| **死亡退所の場合は退所後住所について記載不要** |
| **保　険　者　名** | **松　浦　市** | **保険者番号** | **４** | **２** | **２** | **０** | **８** | **９** |

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