介護保険施設　入所・退所　連絡票

　　　　　年　　　月　　　日

　那珂川町長　様

　　　　　　　　　　　　　　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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被 保 険 者 | 入退所年月日 | 　　　　　　年　　 　月　　　 日 |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| ふりがな |  | 生 年 月 日 |
| 氏　　　名 |  | 明治・大正・昭和 年　 月　 日 |
| 住　　　所 | 〒栃木県那須郡那珂川町 |
| 理 由（退所の場合） | １ 他介護保険施設入所　 （　　　　　　 　　　）２ 入院 ３ 死亡 ４その他（　　　　　 　　　） |
|  |  |  |  |  |
| 施 設 | 施設の名称 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 電話番号 | ―　　　　― |