様式第6号(第8条関係)

|  |
| --- |
| 介護保険住所地特例施設入所・退所連絡票年　　　月　　　日　　　　利根町長　　殿介護保険施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　次の者が下記の施設 | 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　 | 　 |
| 　 |
| 　 | 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　他の介護保険施設へ入所（　　　　　　　　　　　　　）2　医療機関入院（　　　　　　　　　　　　　）3　死亡4　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 　　＊1　死亡退所の場合は記載不要 |
| 　 | 保険者名 | 利根町 | 保険者番号 | ０ | ８ | ５ | ６ | ４ | ７ | 　 |
| 　 |
| 　 | 施設 | 名称 | 　 | 　 |
| 電話番号 | 　 |
| 所在地 | 〒 |
| 　 |