**介護保険　住所地特例対象施設　入所(居)・退所(居)　連絡票**

　　　 　　年　　月　　日

十和田市長　様

住所地特例対象施設名

　　　　　　　　　　　　に入所・入居

次の者が下記の施設　　　　　　　　　しましたので、連絡します。

　　　　　　　　　　　　 を退所・退居

|  |  |
| --- | --- |
| 入所(居)・退所(居)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 | | 明・大・昭　　年　月　日 |
| 性　　別 | | 男　・　女 |
| 入所(居)前住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 退所(居)後住所  ＊１ | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 退所(居)理由 | １　他の住所地特例対象施設入所(居)　　　　　２　死亡　　　　３　その他 | | | | | | | | | | | | | |

　　　　 ＊１死亡退所（居）の場合は記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保 険 者 名  ＊2 |  | 保険者番号  ＊2 |  |  |  |  |  |  |

　　　 　＊ 2保険者が十和田市以外の場合記載

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