

介護保険施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

太 子 町 長 様

次の者が下記の施設 に入所・を退所 しましたので、報告いたします。

入所年月日	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	M・T・S 年 月 日									
	性別	男 ・ 女									
	入所前住所	〒 -									
	退所前住所（※）	〒 -									
	退所理由	1. 他の介護保険施設入所 2. 死亡 3. その他（ ）									

（※）死亡の場合は記載不要

保険者名	太子町	保険者番号	2	7	3	8	1	3
------	-----	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	名称	
	電話番号	
	所在地	

◇高額介護サービス費（受領委任払い） _____ 円で承認を受けています。

_____ 年 _____ 月 _____ 日分まで適用希望。