介護保険施設　適用除外対象施設　入所・退所　連絡票

年　　　月　　　日

飛騨市長　　　あて

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　に入所

次の方が下記の施設　　 ・　　　しましたので、連絡します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　を退所

|  |  |
| --- | --- |
| 入所・退所年月日 | 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 |
| 入所前  住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 退所後  住所  ＊１ | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 退所理由 | １　他の住所地特例施設・適用除外施設入所  ２　死亡　　　　３　その他 | | | | | | | | | | | |

　　　　＊１死亡退所の場合は記載不要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設 | 名　称 |  |
| 電　話  番　号 |  |
| 所在地 |  |

**飛騨市市民福祉部地域包括ケア課介護保険係　　　　ＦＡＸ　０５７７－７３－３６０４**