**介護保険施設入所・退所連絡票**

**年　　月　　日**

**西目屋村長　殿**

**介護保険施設**

**所在地・名称**

**に入所**

**次の者が下記の施設　　　　　　　しましたので、連絡いたします。**

　　　　　　　　　　　**を退所**

| 入所年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 | 退所年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| --- | --- | --- | --- |

| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 旧措置入所者該当 |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 生年月日 | 明 ･ 大 ･ 昭　 　 年 　月 　日 |
| 氏 名 |  | 性 別 | 男　・　女 |
|
| 入所前住所 | 〒 |
| 退所後住所 | 〒 |
|  |  １　他の介護保険施設入所　 　２　死亡　 　３　その他 |

* １　死亡退所の場合は記載不要

| 保険者名 | 西目屋村 | 保険者番号 | **０** | **２** | **３** | **４** | **３** | **２** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |

| 入・退所施設 | 名 称 |  | 事務担当者氏名 |
| --- | --- | --- | --- |
| 電話番号 |  |  |
|  | 〒 |