**介護保険　住所地特例対象施設　入所・退所　連絡票**

令和　　年　　月　　日

沖縄県介護保険広域連合長　様

施　設　名

施　設　長

施設所在地

　　　　　　　　　　　に入所

次の者が下記の施設　　　・　　　しましたので、連絡します。

　　　　　　　　　　　を退所

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 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 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 退所理由 | １．他の住所地特例対象施設入所　　２．死亡　　　　３．その他 | | | | | | | | | | | |

＊１死亡退所の場合は記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者市町村名 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　　　　設 | 事業所番号 |  |
| 施設の名称 |  |
| 施設所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |