

決 裁	事務局長	次長	保険係長	係	入力確認欄
月 日					

介護保険施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

紀南介護保険広域連合長様

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											
	氏 名										生年月日	明・大・昭 年 月 日
											性 別	男 ・ 女
	入所前住所	〒										
	退所後住所 * 1	〒										
	退所理由	1 他の介護保険施設入所			2 死亡			3 その他				
送付先変更	有 ・ 無					退所の場合のみ記載						

* 1 死亡退所の場合は記載不要

施 設	名 称										
	電話番号										
	所 在 地	〒									

広域連合記入欄

負担限度額認定申請確認欄		利用者負担段階	第 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 段階
--------------	--	---------	--------------------