|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険　住所地特例施設　入所・退所　連絡票  令和　　年　　月　　日  　北斗市長　　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先  　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 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 保  保  険  者 | 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ 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（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*1　死亡退所の場合は記載不要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 保 険 者 名 | | |  | | | | | | | | | | 保険者番号 | | |  | |  |  |  |  |  |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 施  設 | | 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |