様式第5号(第4条関係)

介護保険住所地特例対象施設　入所(居)・退所(居)　連絡票

年　　月　　日

　　都城市長　　　　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　介護保険施設長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 次の者が下記の施設 | に入所・入居  を退所・退居 | しましたので、連絡します。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 入所(居)・退所(居)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 | 年　　月　　日 |
| 性別 | 男・女 |
| 入所(居)前住所 |  | | | | | | | | | | | |
| 退所(居)後住所 |  | | | | | | | | | | | |
| 退所(居)理由 | 1　他の介護保険施設入所(居)　　　2　死亡　　　3　その他 | | | | | | | | | | | |

　＊死亡退所の場合、「退所後住所」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 |  |