**介護保険（住所地特例）施設入所・退所連絡票**

平成　　年　　月　　日

北秋田市長 　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護保険施設

**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** | 平成　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被　保　険　者** | **個人番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ※個人番号は分かる場合記入してください。 |
| **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** | 　北秋田市 | **保険者番号** | ０ | ５ | ２ | １ | ３ | ４ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **施　　設** | **名　　称** | 　 |
| **事業所番号** | 　 |
| **電話番号** |  |
| **所 在 地** |  |