

# 介護老人保険施設入所・退所連絡表

平成 年 月 日

紋別市長様

(介護保険施設)

事業所番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

住所

名称

印

次の者が当施設に入所  
 しましたので、連絡いたします。  
 を退所

入所・退所年月日	平成 年 月 日
----------	----------

介護保険施設名	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設
---------	-----------------------------

入所居室区分	1.ユニット型個室 2.ユニット型準個室 3.従来型個室 4.多床室
--------	------------------------------------

被 保 険 者	被保険者番号				
	ふりがな			生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名			性別	男 ・ 女
	入所前住所	〒			
	入所後住所	〒			
	退所理由	1.居宅 2.介護老人福祉施設 3.介護老人保健施設 4.介護療養型医療施設 5.医療機関入院 6.死亡 7.その他( )			

保険者名	紋別市	保険者番号	0 1 2 1 9 5
------	-----	-------	-------------