

課長	課長補佐	係長	係員	確認欄			
				介護	名簿	高額	食費

## 介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

五所川原市長

介護保険施設名

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	年 月 日
----------	-------

保険者番号		0 2 2 0 5 3	
保険者名		五所川原市	
被 保 険 者	要介護度	要支援 要介護 1・2・3・4・5	
	被保険者番号	0 0	認定有効期間
	フリガナ		生年月日
	氏名		性別
	入所中 住所	〒 ー	
	入所前 住所	〒 ー	
	退所後 住所	〒 ー 死亡退所の場合は記載不要	
退所理由	1. 他の介護保険施設に入所する 2. 死亡〔 年 月 日死亡〕 3. 入院〔病（医）院名： 〕 4. 帰宅 5. その他〔理由： 〕		

※退所理由が 1 の場合は記入してください。

施設	所在地 名称 電話番号	
----	-------------------	--