介護保険施設およびグループホーム・ケアハウス入退所連絡票

令和　　年　　月　　日

施設名

施設住所

電話番号
担当者名

次の者が当施設　に入所／を退所　しましたので連絡します。

入退所年月日	平・令　　年　　月　　日

被保険者	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	
	住　　所	〒			
	退所後の住所※	〒			
	退所理由（番号に○をつけてください）	1　他の介護保険施設入所 （施設名 所在地 電話番号） 2　死亡 3　その他（　　） ◎医療機関入院の場合は入院した医療機関名を記入ください （分かる範囲で結構です）			

※ 死亡退所の場合は記載不要

那須塩原市　FAX０２８７－６３－８９１１