

施設（入所・退所）連絡票

該当する項目に○で囲んでください。

令和 年 月 日

厚沢部町長 様

施設住所

施設名

当施設に下記のとおり（入所・退所）しましたので連絡いたします。

【施設区分】

- ・ 認知証対応型共同生活介護適用施設（グループホーム）
- ・ 特定施設入所者生活介護適用施設（ケアハウス等）
- ・ その他（ ）

被保険者番号											性別	男・女	
対象者氏名						生年月日		大正・昭和		年	月	日生	
対象者住所													
入退所年月日	令和					年		月		日		保険者名	
入退所事由	入所事由						退所事由						
	・ 在宅 → 施設 ・ 病院 → 施設 ・ 施設 → 施設 ・ その他（ ）						・ 施設 → 在宅 ・ 施設 → 病院 ・ 施設 → 施設 ・ 入所者死亡 ・ その他（ ）						

入所前情報	入所前住所	
	※施設から施設の異動の場合、以下も記入ください。	
	施設名	
	退所年月日	令和 年 月 日

※入所前住所について、対象者住所と同様の場合は記載しない。