介護保険施設（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】

- ・ 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
- ・ 介護医療院

【入所する居室区分】

- ・ ユニット型個室
- ・ ユニット型準個室
- ・ 従来型個室(特養等)
- ・ 従来型個室(老健・療養型)
- ・ 多床室

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							
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。