介護保険施設　入所・退所　連絡票

令和　　年　　月　　日

高岡市長 あて

施 設 名

施設長名

次の者が下記の施設 に 入 所 / を 退 所 しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	令和　　年　　月　　日

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏　　名		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
			性　別	男　・　女
	入所前住所	〒		
	退所後住所 ※1	〒		
	退所理由	1　他の介護保険施設入所　　2　死亡　　3　その他（　　）		

※1　死亡による退所の場合は記載不要

保 険 者 名	高　　岡　　市	保険者番号	1	6	2	0	2	4

施設	名　　称	
	電話番号	（　　）
	所 在 地	〒

高岡市記入欄

予想利用者負担段階		認定証交付状況	確認日	入力日	FAX送信日
第　　段階		未申請です。申請してください。			
		認定証は交付済みです。認定証をご確認ください。			