第16号様式

介護保険　住所地特例対象施設入所（居）・退所（居）連絡票

年　　月　　日

鎌ケ谷市長　　　　様

住所地特例対象施設

次の者が下記の施設　　しましたので、連絡します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入所(居)・退所(居)年月日 | 年　　月　　日 |  |
|  |
| 被　　保　　険　　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 　　　年　月　日 |
| 性別 | 男　・　女 |
| 入所(居)前住所 | 〒 |
| 退所(居)後住所＊１ | 〒 |
| 退所(居)理由 | １　他の住所地特例対象施設入所（居）　２　死亡　３　その他 |
| ＊１　死亡退所（居）の場合は記載不要 |
| 保険者名 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 施　　　　設 | 名称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所在地 | 〒 |