令和　年　月分　介護保険施設 入 所･退 所 連絡票

泉南市長寿社会推進課　様

事業所番号[　　]
介護保険施設名[　　]
担当者名[　　]

介護保険施設入所者に異動がありましたので、下記のとおり報告します。

入所年月日	退所年月日	退所理由	被保険者番号	氏　名	生年月日	性別	住所(従前住所地)	保険者	高額受領委任の有無
／　／	／　／	1.他の介護保険に入所 2.死亡 3.その他(　　)			M･T･S ／　／	男 ・ 女			有 ・ 無
／　／	／　／	1.他の介護保険に入所 2.死亡 3.その他(　　)			M･T･S ／　／	男 ・ 女			有 ・ 無
／　／	／　／	1.他の介護保険に入所 2.死亡 3.その他(　　)			M･T･S ／　／	男 ・ 女			有 ・ 無
／　／	／　／	1.他の介護保険に入所 2.死亡 3.その他(　　)			M･T･S ／　／	男 ・ 女			有 ・ 無
／　／	／　／	1.他の介護保険に入所 2.死亡 3.その他(　　)			M･T･S ／　／	男 ・ 女			有 ・ 無
／　／	／　／	1.他の介護保険に入所 2.死亡 3.その他(　　)			M･T･S ／　／	男 ・ 女			有 ・ 無
／　／	／　／	1.他の介護保険に入所 2.死亡 3.その他(　　)			M･T･S ／　／	男 ・ 女			有 ・ 無
／　／	／　／	1.他の介護保険に入所 2.死亡 3.その他(　　)			M･T･S ／　／	男 ・ 女			有 ・ 無
／　／	／　／	1.他の介護保険に入所 2.死亡 3.その他(　　)			M･T･S ／　／	男 ・ 女			有 ・ 無
／　／	／　／	1.他の介護保険に入所 2.死亡 3.その他(　　)			M･T･S ／　／	男 ・ 女			有 ・ 無

1.介護保険施設入所者を管理するため必要がありますので、提出をお願いします。
2.提出方法は、郵送またはFAXでお願いします。
3.提出先　〒590-0592　泉南市樽井一丁目1番1号　泉南市長寿社会推進課　(FAX072-483-6477)