

介護保険施設 入所 ・ 退所 連絡票

年 月 日

(あて先) 高山市長

介護保険施設

--

に入所

次の方が下記の施設 ・ しましたので連絡します
を退所

入所・退所年月日	年	月	日
----------	---	---	---

被 保 険 者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏名	生年月日	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 死亡退所の場合は記載不要

保険者名	高山市	保険者番号	2 1 2 0 3 5
------	-----	-------	-----------------------

施 設	名称			
	電話番号			
	所在地	〒		

<市記入欄>

負担限度額認定申請		
1. 同時申請	2. 認定済	3. 申請しない

台帳入力	減額結果通知

高山市役所 市民福祉部 高年介護課 介護支援係	TEL 0577-35-3178	FAX 0577-35-3165
----------------------------	------------------	------------------