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

次の方が下記の施設　に入所・を退所　しましたので連絡します

入所・退所年月日	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　福祉部 高年介護課 介護支援係	TEL　0577-35-3178	FAX　0577-35-4884