様式第4号

|  |
| --- |
| 介護保険住所地特例施設　入所(居)・退所（居）　連絡票年　　月　　日　　　(宛先)所沢市長住所地特例対象施設　　　　　　　　　 |
| 　次の者が下記の施設 | に入所・入居・を退所・退居 | 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 | 明・大・昭　年　月　日 |
| 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 | 〒 |
| 　 |