様式第5号(第8条関係)

|  |
| --- |
| 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　　　(宛先)　飯能市長 |
| 　次の者が下記の施設 | に入所(居)　　・を退所(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 | 年　月　日 | 　 |
| 入所(居)前住所 | 　 |
| ＊1退所(居)後住所 | 　 |
| 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 | 　 | 　 |
| 所在地 | 〒電話番号 |
| 　 |