

介護保険施設 入所・退所・転室 連絡票

年 月 日

飛 騨 市 長 あて

介護保険施設

〒 住 所 電 話 施 設 名	
--------------------------	--

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。
で転室

入所・退所・転室年月日	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

入 所 す る 居 室 の 種 類	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. ユニット型個室</td> <td style="width: 50%;">2. ユニット型準個室</td> </tr> <tr> <td>3. 従来型個室</td> <td>4. 多 床 室</td> </tr> </table>	1. ユニット型個室	2. ユニット型準個室	3. 従来型個室	4. 多 床 室
1. ユニット型個室	2. ユニット型準個室				
3. 従来型個室	4. 多 床 室				

[施設記入欄]

食費及び居住費特定負担限度額認定申請		
1, 同時申請	2, 認定済	3, 申請しない

[保険者記入欄]

台帳入力	減額結果通知

特定負担限度額 申 請 事 由	1 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入の合計額が年 額 80 万円以下のもの等 2 市町村民税世帯非課税者であって、1 に該当する以外の者 3 その他 ()
--------------------	--