別記様式第１号

介護保険施設　入退所連絡票

苫前町長　宛

施設種別
施設名称

次の者が　入所　・　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		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
	氏　　名		性　　別	男　・　女
入所前住所	〒			
入所理由	１ 経済的理由　２ 虐待・介護放棄　３ 認知症のＢＰＳＤ ４ 認知症その他の理由による判断能力の低下・喪失 ５ サービスの不足（在宅介護・在宅医療・生活支援） ６ 独居・身寄りなし　７ 介護者不在・介護困難 ８ その他（　　）			
退所理由	１ 他介護保険施設に入所　２ 死亡　３ 帰宅 ４ 入院（病院名：　　）　５ 他市区町村へ転出 ６ その他（　　）			
退所後住所	〒			

備考
１　他市区町村の被保険者の場合は、「被保険者番号」欄の記載は不要です。
２　死亡による退所の場合は、「退所後住所」欄の記載は不要です。