

介護保険施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 様

介護保険施設名

次の者が下記の施設

 に入所
 ・
 を退所

 しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	令和 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 の 場 合	入所前住所	〒					
	負担限度額 認定証の有無	有・無	入所(院)する 居室の種別	1 ユニット型個室	2 ユニット型個室の多床室		
				3 従来型個室	4 多床室		
退 所 の 場 合	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

*** 保険者記入欄**

算定要件		利用者負担段階	食費	居住費	要介護度	前回入退所情報				
高齢福祉年金	有・無	第1段階	300 円	円	年齢	歳	年 月 日 ~ 年 月 日			
生活保護	有・無	第2段階	390 円	円	種別	号	施設名			
世帯状況	課税・非課税	第3段階 ①	650 円	円	備 考					
		第3段階 ②	1,360 円	円						
本人状況	課税・非課税	第4段階	/	/						