

介護保険施設 入所・退所 連絡票

平成 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

に入所
 次の者が下記の施設 ・ しましたので、連絡します。
 を退所

入所・退所年月日	平成	年	月	日
----------	----	---	---	---

被 保 険 者	被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>																					
	フリガナ																						
氏名						生年月日	明・大・昭 年 月 日																
							性別	男 ・ 女															
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 ユニット型個室的多床室																	
				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		
老齢福祉年金	有・無	第1段階	300円	円	年齢	歳	平成 年 月 日 ~ 平成 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	650円	円	備 考			
本人状況	課税・非課税	第4段階	/	/				