

介護保険 適用除外施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

(あて先) うるま市長

入所者 (施設名)
当施設への 入所者 (施設名) について連絡します。
退所者

印

※太わくの中をご記入ください

入所・退所年月日	年	月	日
----------	---	---	---

被保険者番号(該当者のみ記入)													
フリガナ							生年月日	明・大・昭・平					
氏名								年	月	日			
入所前住所 または 退所後住所 ※1	〒									性別	男	・	女

※1 入所する方は、入所前住所を、退所する方は、退所後の住所をご記入ください。
また、死亡による退所の場合は記載不要です。

退所の 場合	退所理由 (該当するものに○)	1 他の施設等への入所 (施設等の名称:)
		2 死亡 3 その他 ()

自立支援給付の実施主体 (支給決定 市町村等)	
----------------------------	--

施設	名称			
	所在地	〒		
	電話番号		担当者名	

入所の 場合	入所に係る 支給決定状況等 (該当するものに○)	障害者総合支援法	1 施設入所支援 2 生活介護 3 療養介護
		児童福祉法	1 重症心身障害児(者)施設と同等の治療等を行う病床 2 肢体不自由児(者)施設と同等の治療等を行う病床
		その他	()

【うるま市使用欄】

收受	チェック欄		処理日	処理者	決裁欄		
	本人	被保険者証			課長	係長	担当
		施設入退所届	・				
	支給決定(措置)担当課	連絡票	・				
	要件確認	確認部署/担当者名	・				
	処理	システム入力					