様式第５号（第１５条関係）

|  |
| --- |
| 介護保険住所地特例対象施設入所・退所連絡票年　　月　　日　福井市長　　あて |
| 次の者が下記の施設 | に入所(入居)・を退所(退居) | しましたので、連絡します。 |
| 　 |
| 　 | 入所(入居)・退所(退居)年月日 | 　　　年　　　月　　　日 | 　 |
| 　 |
| 　 | 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 | 　 |
| 入所(入居)前住所 | 郵便番号 |
| 退所(退居)後住所＊1 | 郵便番号 |
| 退所(退居)理由 | 1　他の住所地特例対象施設に入所(入居)　　　　2　死亡　　　　3　その他 |
| 　　　　　　＊1死亡退所(退居)の場合は記載不要 |
| 　 | 保険者名 | 　 | 保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 　 | 施設 | 名称 | 　 | 　 |
| 電話番号 | 　 |
| 所在地 | 郵便番号 |
| 　 |