

介護保険施設 入退所(院)異動連絡票

施設名: \_\_\_\_\_

令和    年    月    日現在

| 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 生年月日           | 入退所日       | 理 由 |
|--------|--------|----------------|------------|-----|
|        |        | M・T・S<br>年 月 日 | 入・退<br>R・・ |     |
|        |        | M・T・S<br>年 月 日 | 入・退<br>R・・ |     |
|        |        | M・T・S<br>年 月 日 | 入・退<br>R・・ |     |
|        |        | M・T・S<br>年 月 日 | 入・退<br>R・・ |     |
|        |        | M・T・S<br>年 月 日 | 入・退<br>R・・ |     |
|        |        | M・T・S<br>年 月 日 | 入・退<br>R・・ |     |
|        |        | M・T・S<br>年 月 日 | 入・退<br>R・・ |     |
|        |        | M・T・S<br>年 月 日 | 入・退<br>R・・ |     |
|        |        | M・T・S<br>年 月 日 | 入・退<br>R・・ |     |
|        |        | M・T・S<br>年 月 日 | 入・退<br>R・・ |     |
|        |        | M・T・S<br>年 月 日 | 入・退<br>R・・ |     |
|        |        | M・T・S<br>年 月 日 | 入・退<br>R・・ |     |
|        |        | M・T・S<br>年 月 日 | 入・退<br>R・・ |     |
|        |        | M・T・S<br>年 月 日 | 入・退<br>R・・ |     |
|        |        | M・T・S<br>年 月 日 | 入・退<br>R・・ |     |

- ・毎月初に前月中の異動を記入しご提出ください。(保険者が今治市となる者に限る。)
- ・理由欄は、入所の場合は、「他施設から」、「医療から」、「在宅から」と  
退所の場合は、「死亡」、「他施設へ」、「医療へ」、「在宅へ」とご記入ください。  
他施設名がわかっている場合は、記入してください。
- ・異動がない場合も、「異動なし」と記入し提出してください。
- ・提出先 介護保険課 FAX(0898) 34-5077まで    ご協力お願いします。