介護保険施設　入所・退所　連絡票

年　　月　　日

魚津市長　　あて

施設住所

施設名称

次の者が施設　に入所・を退所　しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	年　　月　　日

被保険者	被保険者番号				
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　年　月　日	
	氏　名		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	入所する居室の種類	1．ユニット型個室　2．ユニット型準個室 3．従来型個室　4．多床室	
退所の場合	退所理由	1　他の介護保険施設入所　施設名（　　） 2　死亡　3　入院　4　自宅　5　その他			

※　市記入欄

負担割合	3割・2割・1割		食費	居住費
限度額認定証	発行済	第1段階	300円	円
		第2段階	390円	円
		第3段階	650円	円
	発行無	該当の可能性（　有　・　無　）		

受領委任払用自己負担限度額	円	
（変更がある場合）	円	年　　月まで