

介護保険 短期入所（生活・療養）介護連絡票

記入日 年 月 日

魚津市社会福祉課 あて

居宅介護支援事業所名称		担当	
入所予定期間	年 月 日 ~	年 月 日	
入所予定施設名			

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			
住 所										

※ 新たに短期入所施設を利用する場合に連絡ください。

魚津市社会福祉課 TEL:0765-23-1148
FAX:0765-23-1073

※ 市記入欄

担当ケアマネージャー 様

上記の被保険者の介護保険利用者負担区分は以下のとおりとなります。

負担割合	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割
負担限度額認定	第 1 段階 ・ 第 2 段階 ・ 第 3 段階① ・ 第 3 段階②
	未発行 （該当の可能性 有 ・ 無 ）