介護保険高額介護サービス費受領委任払承認者
退所連絡票

池田市介護保険課御中

令和　　年　　月　　日

事業者番号	
事業者名	
所在地	〒
電話番号	

下記の被保険者について、退所がありましたので連絡します。

被保険者番号 被保険者氏名	退　所　日(※1) 退　所　理　由	備　考　欄
	令和　　年　　月　　日	
	・死亡　・入院(※2)　・在宅 ・他施設　・その他	
	令和　　年　　月　　日	
	・死亡　・入院　・在宅 ・他施設　・その他	
	令和　　年　　月　　日	
	・死亡　・入院　・在宅 ・他施設　・その他	
	令和　　年　　月　　日	
	・死亡　・入院　・在宅 ・他施設　・その他	
	令和　　年　　月　　日	
	・死亡　・入院　・在宅 ・他施設　・その他	

※１　原則、退所月は受領委任払対象外です。退所月を受領委任払対象とする必要がある場合は、退所月月末までに介護保険課まで電話連絡してください。

※２　入院が短期間で、居宅サービスの利用がなく、当月中に受領委任払対象施設に再入所する場合は、退所連絡票の提出は不要です。