様式第2号

に入所

・

を退所

|  |
| --- |
| 介護保険　住所地特例施設入所・退所連絡票　　年　　月　　日小野町長様介護保険施設名称　　　　　　　　　　　次の者が下記の施設　　　　　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 | 　 | 　 |
| 氏名 | 　 | 生年月日 |  | 　 |
| 性別 | 男・女 |
| 入所前住所 | 　 |
| 退所後住所＊1 | 　 |
| 退所理由 | 1　他の介護保険施設入所　　2　死亡　　3　その他 |
| ＊1　死亡退所の場合は記載不要 |
| 　 | 保険者名 | 　 | 保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 　 | 施設 | 名称 | 　 | 　 |
| 電話番号 | 　 |
| 所在地 | 〒 |
| 　 |