様式第2号（第7条関係）

**介護保険住所地特例施設　入所・退所　連絡票**

令和　　　年　　　月　　　日

南会津町長

（介護保険施設名）

に入所

　次の者が下記の施設に　　　　　しましたので、連絡します。

を退所

|  |  |
| --- | --- |
| 入所・退所年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　　　保　　　険　　　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  | | | | | | | 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 | 〒 |