

様式第2号（第4条関係）

介護保険住所地特例施設入所・退所連絡票

年 月 日

有田町長 様

施設住所

名称



次の者が下記の施設 に入所  
 ・ しましたので連絡します。  
 を退所

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	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	〒									