

様式第 2 号(第 4 条関係)

介護保険住所地特例施設入所（居）・退所（居）連絡票

年 月 日

有田町長 様

施設名称 _____

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

入所（居）・ 退所（居）年月日	年 月 日
--------------------	-------

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	フリガナ												
	氏 名											生年月日	年 月 日
												性 別	男 ・ 女
	入 所（居） 前 住 所	〒											
	退 所（居） 後 住 所 *1	〒											
退 所（居） 理 由	1 他の住所地特例対象施設入所（居） 2 死亡 3 その他												

*1 死亡退所の場合は、記載不要

保険者名	<input type="text"/>	保険者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------	----------------------	-------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

施 設	名 称	<input type="text"/>
	電話番号	<input type="text"/>
	所 在 地	〒