第２号様式

|  |
| --- |
| 介護保険住所地特例施設　入所・退所　連絡票年　　月　　日　　大熊町長　様（介護保険施設名）　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　次の者が下記の施設に入所を退所しましたので、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 | 明・大・昭・平年　　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 | **〒** |
|  |