（様式2）

介護保険施設　入所・退所　連絡票

年　　月　　日

江 差 町 長　様

施設名

次の者が当施設につぎのとおり（　入所　・　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	M・T・S　　年　　月　　日	
			性 別	男　・　女	
	入所前住所	※ 入所の場合のみ記入してください。			
		※病院・施設等からの入所の場合は、病院名・施設名等を記入してください。			
	退所後住所	※ 施設入所・在宅に戻る場合は記入してください。死亡退所の場合は不要です。			
	退所理由	死亡退所のため　　在宅に戻るため 病院入院のため　　その他（　　） 施設入所のため			

保険者名	江差町	保険者番号	13615