

(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

印

次の者が当施設につきのとおりの（ 入所 ・ 退所 ）しましたので、連絡します。

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																
	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		保険者番号	
------	--	-------	--