**介護保険住所地特例施設　入所(居)・退所(居)　連絡票**

**令和　　年　　月　　日**

**小国町長**

**仁　科　洋　一　様**

**施設名**

**施設長**

**に入所・入居**

**次の者が下記の施設　　　・　　　　　しましたので、連絡します。**

**を退所・退居**

|  |  |
| --- | --- |
| **入所(居)・退所(居)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** | **明・大・昭　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** | **〒** |