

様式第1号の2 (第2条関係)

介護保険住所地特例対象施設 入所 (入居)・退所 (退去) 連絡票

年 月 日

(宛先) 松阪市長

連絡者

所在地
施設名称
代表者氏名
電話番号

次の者が下記の施設 に 入所・入居 しましたので、連絡します。
を 退所・退去

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	年 月 日
		性別		
	入所前住所	〒 -		
	*退所後住所	〒 -		
退所理由	1 他の介護保険施設入所 (居) 2 死亡 3 その他			

*死亡による退所 (退去) の場合は記載不要です。

保険者名		保険者番号	
------	--	-------	--

入 所 (入 居) 施 設	名称	
	電話番号	()
	所在地	〒 -