介護保険施設等　入所・退所　連絡票

令和　　年　　月　　日

南種子町長　殿

施設名

住　所

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	令和　　年　　月　　日	

被保険者	被保険者番号	5	0	2									
	フリガナ												
	氏　名										生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	
											性　別	男　・　女	
	入所前住所	〒											
	※1 退所後住所	〒											
	退所理由	1 他の介護保険施設入所　　2 死亡　　3 その他（　　）											

※1　については退所理由が「死亡」の場合は記載不要

保険者名	南種子町	保険者番号	4	6	5	0	2	1

施設	名　　称	
	電話番号	
	所 在 地	〒