

介護保険 住所地特例施設 入所・退所 連絡票

文書
番号

年 月 日

新潟県阿賀町長 様

(介護保険施設)

施設名

施設長(管理者)

印

次の方が下記の施設 に入所
・ しましたので、連絡します。
を退所

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	男	・	女															
	入所前住所	〒																		
	退所後住所 ※1	〒																		
退 所 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	阿 賀 町	保険者番号	1	5	3	8	5	8
------	-------	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称																		
	電 話 番 号																		
	所 在 地	〒																	