介護保険施設　入所･退所　連絡票

号

平成　　年　　月　　日

（介護保険施設）

阿賀町長　　様

に入所

次の者が下記の施設　　・　　しましたので連絡します。

を退所

入所・退所年月日	

被保険者	被保険者番号			
	フ　リ　ガ　ナ		生年月日	
	氏　　名		性　　別	
	住　　所 （特養の場合、入所前）	東蒲原郡		
	退所後住所 (特養入所の場合のみ記入）※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	153858

施設	名　　称	
	電話番号	
	住 所 地	