# 介護保険住所地特例施設　入所･退所　連絡票

号

平成　　年　　月　　日

（介護保険施設）

阿賀町長　　様

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 | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 被保険者番号 | | | |
| | フ リ ガ ナ | | 生年月日 | |
| | 氏　　名 | | 性　　別 | |
| | 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<br>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 | |