

介護保険 住所地特例施設 入所・退所 連絡票

第 _____ 号
年 月 日

阿賀町長 様

(介護保険施設)

施設名 _____

施設長(管理者) _____

次の者が下記の施設 _____ 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	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	〒 _____																	