

介護保険施設 入所・退所 連絡票

第 年 月 日 号

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

Table with columns for insurance number, name, date of birth, sex, residence (東蒲原郡), and reason for leaving (1 other nursing insurance facility admission, 2 death, 3 other).

※1 死亡退所の場合は記載不要

Table with insurance name (阿賀町) and insurance number (153858).

Table for facility details including name, telephone number, and address.