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・を退所 しましたので、連絡します。

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	１５３８５８

施設	名称	
	電話番号	
	所在地	〒