

# 介護保険施設 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		生年月日	年 月 日	
	氏名		性別		
	住所 (特養の場合、入所前)	阿賀町			
	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	