介護保険施設　入所･退所　連絡票

第　　号

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	
	住　　所（特養の場合、入所前）	東蒲原郡		
	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	