

介護保険 住所地特例施設 入所・退所 連絡票

文書
番号

年 月 日

阿賀町長 様

(介護保険施設)

次の方が下記の施設 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	明・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		保険者番号																	
------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称																
	電 話 番 号																
	所 在 地	〒															