

介護保険施設 入所 ・ 退所 連絡票

令和 年 月 日

阿南市長 殿

次の者が下記の施設 に入所 ・ 退所 しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	令和	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						
---------	--	-----------	--	--	--	--	--	--

連 絡 施 設	名 称										
	電話番号										
	所在地	〒									