

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

阿蘇市長 様

介護保険施設

次の者が次の施設 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	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	〒										