

介護保険 施設（入所・退所）連絡票

令和 年 月 日

北秋田郡上小阿仁村長 様

施設名

代表者名

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	令	和	年	月	日
----------	---	---	---	---	---

保険者名	上小阿仁村	保険者番号	0	5	3	2	7	2
------	-------	-------	---	---	---	---	---	---

被 保 険 者	被保険者番号							
	フリガナ				生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	氏 名				性 別	男 ・ 女		
	入所前の住所							
	退所後の住所*							
	退所理由	1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他						

【入 所・ 退 所】 施設	名 称							
	電 話 番 号							
	所 在 地	〒						