

介護保険 施設(入所・退所)連絡票

令和 年 月 日

上小阿仁村長 様

施設名

代表者名

に
入所
次の方が下記の施設 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	053272
------	-------	-------	--------

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号																			
	フリガナ												生年月日	明・大・昭						
	氏 名													年 月 日						
													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	〒