

# 介護保険施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

那賀町長 殿

次の者が下記の施設に 入所 退所 しましたので、連絡いたします。

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													明・大・昭	年	月	日	生		
	氏名													性別	男 ・ 女					
	入所前住所	〒																		
	退所後住所	〒																		
	退所理由	※死亡退所の場合は記載不要 1. 他の介護保険施設入所 2. 死亡 3. 家庭 4. その他( )																		

施 設	名称																		
	電話番号																		
	所在地	〒																	

連 絡 者	氏名																		
	所属																		

備 考																			
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--