|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　介護保険施設　入所・退所　連絡票　　年　　月　　日　　阿久根市長　西平　良将　殿施設名　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　に入所　次の者が下記の施設　　　　　しましたので、連絡します。　　　　　　　　　　　を退所

|  |  |
| --- | --- |
| 入所・退所年月日 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 住所地特例 | 有　・　無 |
| 氏　　名 |  | 生年月日 |  |
| 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 | 阿久根市 | 保険者番号 | ４ | ６ | ２ | ０ | ６ | ９ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　設 | 名称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所在地 |  |

 |