

介護保険住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

年 月 日

長与町長 様

住所

氏名

次の者が下記の施設 に入所(居) しましたので、連絡します。
を退所(居)

入所(居)・退所(居)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	明・大・昭	年 月 日
		性 別	男 ・ 女	
入 所 前 住 所	〒 ー			

保 険 者 名		保 険 者 番 号	
---------	--	-----------	--

施 設	名 称		
	電 話 番 号		
	所 在 地	〒 ー	

* 入所者の保険者である市町村と、長与町の双方に連絡してください。