

介護保険 他市町村住所地特例者 連絡票

平成 年 月 日

厚真町長 様

事業所名

次の者が本町所在の住所地特例対象施設に入所・入居しましたので、連絡します。

転入年月日	平成 年 月 日
入所(居)年月日	平成 年 月 日

対 象 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		
転入前住所	〒 —									

入 所 (居) し た 施 設	名称									
	電話番号	— —								
	所在地	〒 —								