

介護保険 他市町村住所地特例者 連絡票

令和 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	令和 年 月 日
入所(居)年月日	令和 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	〒 ー												

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