

介護保険施設入所連絡票

令和 年 月 日

今別町長様

施設名

印

次の者が当施設に入所しましたので連絡します。

入所年月日

被 保 険 者	被保険者番号																			
	フリガナ																			
	氏名		生年月日																	
			性別																	
	入所前の住所	〒 ※住所変更はなし																		
	入所後の住所	〒																		

保険者名	今別町	保険者番号	0	2	3	0	3	6
------	-----	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	名称															
	所在地及び連絡先	〒 電話番号 担当:														