

介護保険住所地特例施設(入所・退所)連絡票

年 月 日

玖珠町長 様

事業所名

代表者名

次の者が下記の施設(に入所・を退所)しましたので、連絡致します。

異 動 年 月 日	年 月 日
-----------	-------

被 保 者	被保険者番号										
	フリガナ										
保 険 者	氏 名					生年月日	明・大・昭		年	月	日
	異動前住所	〒									
施 設	異動後住所	〒									
	異動理由										

保 険 者 名	玖珠町	保 険 者 番 号	4 4 4 6 2 0
---------	-----	-----------	-----------------------

施 設	名 称										
	電 話 番 号										
所 在 地	所 在 地	〒									