

介護保険施設 入所連絡票

年 月 日

別府市長 あて

施設名
(届出者)

次の者が施設に入所しましたので、連絡します。

入 所 年 月 日	年 月 日
-----------	-------

対 象 者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日		性別	
	入所前住所	〒		

保険者名	
------	--

施 設	名称			
	電話番号			
	所在地	〒		