介護保険住所地特例　　施設変更通知書

第　　号
平成　　年　　月　　日

市町村長　様

市町村長

次の者が下記のとおり入所施設を変更しましたので、通知します。

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	

変更年月日	平成　　年　　月　　日

変更前施設	名　　称	
	電話番号	
	所在地	〒
変更後施設	名　　称	
	電話番号	
	所在地	〒