

介護保険他市町村住所地特例者連絡票

第 号
年 月 日

市町村長 様

市町村長

次の者が本市（町村）所在の介護保険施設に転入しましたので、連絡します。

転入年月日	年 月 日
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	明・大・昭 年 月 日
	転 入 前 住 所	〒											性 別	男 ・ 女

入所した施設	名 称	
	電話番号	
	所 在 地	