

介護保険被保険者適用除外施設

入所
退所

連絡票

令和 年 月 日

愛川町長 殿

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。
を退所

被 保 険 者	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	大・昭・平 年 月 日
	現住所	〒

施 設	施設名	
	施設住所	〒
	連絡先	