年　　　月　　　日

大月町長　 　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長　　　　　　　　　　　　印

介護保険住所地特例者の入所・退所について（連絡）

次のとおり住所地特例（入所・退所）について連絡します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フ リ ガ ナ |  |
| 氏　　　名 | 　　 |
| 生 年 月 日 |  | 性別 |  |
| 入所前住所(退所後住所) | 　〒　　 |
| 入所日(退所日) | 　　年　　月　　日 |
| 退所理由 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険者名 | 大月町 | 保険者番号 | 394247 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　施　　　　　設 | 事業所番号 |  |
| 名　　称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所在地 | 〒　 |