

介護保険適用除外施設 入所・退所連絡票

年 月 日

琴 浦 町 長 様

申請者	住 所
	名 称
	代表者

次の方が下記の施設（に入所・を退所）しましたので連絡します。

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-----------------

[illegible]

介護保険 保険者名 ※65歳以上の方	1.琴浦町 2.その他（ ）	健康保険 保険者名 ※65歳未満の方	1.琴浦町国保 2.その他（ ）
-----------------------	-------------------	-----------------------	---------------------

施	事業者番号	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	
	名称		
設	所在地	〒 _____	
		<div>電話番号</div> <div>— —</div>	