

介護保険（住所地特例）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]

保 険 者 名	琴浦町	保 険 者 番 号	3	1	3	7	1	8
---------	-----	-----------	---	---	---	---	---	---

施 設	事業番号											
	名称											
	所在地	〒 _____ <div style="text-align: right;">電話番号 — —</div>										