様式第3号

|  |
| --- |
| 介護保険他市町村住所地特例者連絡票(文書の記号)第何号　　年　　月　　日　　　　　長　　様小野町長　　　　　　　　　　㊞次の者が本町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 | 　 |
| 性別 | 男・女 |
| 転入前住所 | 〒 |
| 　 |
| 　 | 入所した施設 | 名称 | 　 | 　 |
| 電話番号 | 　 |
| 所在地 | 〒 |
| 　 |