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 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |