様式第4号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険住所地特例施設変更通知書  (文書の記号)第何号  　　年　　月　　日  　　　　　長　　様  小野町長　　　　　　　　　　㊞  次の者が下記のとおり入所施設を変更しましたので、通知します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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 |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 変更年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 変更前施設 | 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更後施設 | 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |