

介護保険 適用除外施設

入退所
異動

連絡票

年 月 日

吉備中央町長 様

施 設	名 称 (代表者名)	
	所 在 地 電話番号	

※該当の届出にチェックを入れてください。

- 次の者が本施設に入所しましたので、連絡します。
- 次の者が入所中に40歳到達しましたので、連絡します。
- 次の者が吉備中央町国民健康保険に加入退脱しましたので、連絡します。
- その他()

入所年月日		年 月 日	
退所年月日		年 月 日	
対 象 者	フリガナ		
	氏 名		生年月日 明・大・昭 年 月 日 性 別 男 ・ 女
	入所前住所	〒 電話番号	
	退所後住所	〒 電話番号	
	退 所 理 由		