第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

（他市町村担当課）

印

○○市（町村）長

様式番号

**介護保険　適用除外施設変更通知書**

**固定文言１**

次の者が以下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 |  | | 生年月日 |  |
| 氏名 |  | |
| 性　別 |  |
| 現住所 |  | | | |
| **固定文言２**  備考 | **固定文言３＋編集１** | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 変更年月日 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更前施設 | 名称 |  | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 所在地 |  | | |
| 変更後施設 | 名称 |  | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 所在地 |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市介護保険課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |