第　　　　　　号

　年　月　日

○○市（町村）長

**介護保険　他市町村適用除外者連絡票**

次の者が貴市（町村）所在の適用除外施設に入所しましたので、連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| 転入年月日 |  |
| 入所年月日 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　　象　　者 | 被保険者番号 | |  |  | |
| フリガナ |  | | 生年月日 |  |
| 氏名 |  | |
| 性　別 |  |
| 転入前  住　所 |  | | | |
| 現住所 |  | | | |
| **固定文言２**  備考 | **固定文言３＋編集１** | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入所した施設 | 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 |