

令和 年 月 日

中 泊 町 長 様

介護保険施設名

次の者が下記の施設
に入所
を退所
しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	令和	年	月	日
----------	----	---	---	---

[illegible]

*1 死亡退所の場合は記載不要

保 険 者 名	保 険 者 番 号											
---------	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

施設	名 称	
	電 話 番 号	
	所 在 地	〒