

(様式1)

介護保険 住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

江 差 町 長 様

施設名

印

次の者が当施設につきのとおりに（ 入所 ・ 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]

保険者名		保険者番号	
------	--	-------	--