

平成 年 月 日

伊 佐 市 長 殿

施設名

代表者（管理者）

印

介護保険施設入所開始連絡票

下記の方が当施設に入所されましたので、報告します。

記

被保険者番号
シメイ	
氏名	
住所	
生年月日	M・T・S 年 月 日 歳
入所日	平成 年 月 日