

年 月 日

伊 佐 市 長 殿

施設名

代表者（管理者）

### 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	年 月 日									