

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									