

別記様式第3号（第13条関係）

介護保険施設等に入所又は入院中の者に関する届出

対象者	被保険者証の記号番号		浦 幌		
	氏 名		性 別	男 ・ 女	
			世帯主との続柄		
	生 年 月 日	年 月 日	個 人 番 号		
	住 所 及 び 連絡先(電話番号)				
		電 話			
	転 出 年 月 日	年	月	日	
被 保 険 者 証 の 有 効 期 限	年	月	日 から		
	年	月	日 まで		
現・施設	名 称				
	所 在 地				
	入所(入院)年月日	年	月	日	
	退所(退院)年月日	年	月	日	
前・施設	名 称				
	所 在 地				
	入所(入院)年月日	年	月	日	
	退所(退院)年月日	年	月	日	

1. 上記のとおり入所（入院）することとなりましたので届出します。
2. 上記のとおり入所（入院）中であることを届出します。
3. 上記のとおり退所（退院）することとなりましたので届出します。

年 月 日

浦 幌 町 長 様

申請者 (世帯主)	住 所	
	氏 名	
	個人番号	

- (注)
- ・ この届出書には、必ず保険証を添えて届出すること。
 - ・ 入所（入院）する（している）ときは、確認できるものを添付すること。