

介護保険適用除外施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

砺波地方介護保険組合 様

次の者が下記の施設を（ 入所 ・ 退所 ）しましたので連絡します。

※どちらかに○

入所年月日	年 月 日
退所年月日	年 月 日

フリガナ		生年月日	年 月 日
対象者氏名			
住 所			

障害福祉サービス支給決定市	
---------------	--

施設名称	
所在地	〒
電話番号	

連絡先：砺波地方介護保険組合
〒939-1392 富山県砺波市栄町7番3号
TEL 0763-34-8333