

介護保険住所地特例施設 施設名称・所在地 変更連絡票

令和 年 月 日

筑後市長 様

(介護保険施設名)

下記のとおり、施設の 名称・所在地 を変更しましたので、連絡いたします。

被 保 険 者	被保険者番号																	
	フリガナ																	
	氏 名													生年月日	明・大・昭	年	月	日
														性 別	男	・	女	

変 更 内 容	変更項目	施設名称 ・ 所在地															
	変更年月日	令和 年 月 日															
	変更前																
	変更後																

保険者名	筑後市	保険者番号	4	0	2	1	1	5
------	-----	-------	---	---	---	---	---	---

届 出 施 設	名 称																
	電話番号	— —															
	所 在 地	〒															