

年 月 日

適用除外施設入退所者連絡票

適用除外施設の名称		適用除外施設の種類	
所在地		電話番号	

氏名	生年月日	情報提供理由 発生年月日	※情報提供の理由

※ 欄の記入例：施設入所、施設退所、転入、65歳到達

担当者名：_____

連絡先：富山市介護保険課賦課収納係

TEL 076-443-2043 FAX 076-443-2076