

介護保険適用除外施設 入所証明書

平成 年 月 日

海津市長 あて

措置部局又は施設長

所在地

名称

代表者

電話番号

印

次の者が下記の施設に下記の期間入所していたことを証明します。

入所年月日	平成 年 月 日
退所年月日	平成 年 月 日

対象者	フリガナ		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭
	氏 名			年 月 日
			性 別	男 ・ 女

施設	名 称	
	所 在 地	〒
	電話番号	