介護保険連絡票

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0						※右詰め
	住　　所	東京都大島町										
	氏　　名											
	生　年　月　日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日										
登録する連絡先	住　　所											
	氏　　名									続柄	配偶者・子・孫・その他（　　）	
	電　話　番　号											

介護保険関連の通知等については、上記の者に連絡して下さい。

令和　　年　　月　　日

（申請者）　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

電 話 番 号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※申請者と登録先が同じ場合には、氏名と捺印のみで可。

東京都大島町長　殿