

西宮市介護保険被保険者(介護保険施設入所者)

更新認定該当者名簿(年 月末に認定有効期限が満了する人)

法 人 名 _____

施 設 名 _____

(_____ / _____ 枚)

3

	被保険者番号	氏名	性別	生年月日	備考(確定している人の入退所予定日など)
1			男・女	年 月 日	
2			男・女	年 月 日	
3			男・女	年 月 日	
4			男・女	年 月 日	
5			男・女	年 月 日	
6			男・女	年 月 日	
7			男・女	年 月 日	
8			男・女	年 月 日	
9			男・女	年 月 日	
10			男・女	年 月 日	

毎月、認定有効期限満了の前々月15日までに介護施設に入所中の更新該当者全員をもれなく記載し、市へFAXで送信してください。FAX 0798-35-6658