

介護保険適用除外施設 入所証明書

年 月 日

有田町長 様

所 在 地

名 称

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	年 月 日
退 所 年 月 日	年 月 日

対 象 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		性別	

施 設	名 称	
	所 在 地	〒
	電話番号	