

(様式第1号)

指定地域密着型（介護予防）サービス

入居事前届出書

年 月 日

羽曳野市長 様

事業所名

管理者名

連絡先 ☎ ()

入居予定者	被保険者番号																			
	住 所																			
	氏 名																			
	生 年 月 日																			
入居契約予定日																				
備考（※入居契約に当たって、留意する事項があればご記入下さい。）																				

(注) この届出書は、入居契約を締結しようとする日の原則7日前までに提出して下さい。
また、入居相談・申し込みの段階で提出していただいても構いません。

(※市高年介護課の記入欄)

被保険者資格取得日	年 月 日	事由	1. 1号取得 2. 2号取得 3. 転入（その他）	入居	可・否・保
(特記事項・対応経過)					