

(様式第4号)

年 月 日

交野市高齢介護課 様

高額受領委任に係る退所者・退院者一覧表

施設名 _____
担当者名 _____

下記のとおり、退所者等の報告をします。

被保険者番号	被保険者名	退所等年月日	理 由
		年 月 日	退所・転所(転所先:) 死亡・その他()
		年 月 日	退所・転所(転所先:) 死亡・その他()
		年 月 日	退所・転所(転所先:) 死亡・その他()
		年 月 日	退所・転所(転所先:) 死亡・その他()
		年 月 日	退所・転所(転所先:) 死亡・その他()
		年 月 日	退所・転所(転所先:) 死亡・その他()
		年 月 日	退所・転所(転所先:) 死亡・その他()

※ 退所等がありましたら、その月の月末日(必着)にて、

下記まで、必ずご連絡いただきますようお願いいたします。

交野市 高齢介護課

〒576-0034 大阪府交野市天野が原町5-5-1 保健福祉総合センター

FAX : 072-895-6065