

様式3

中住社第 号  
年 月 日

様

中川町長

特例入所に係る意見書

年 月 日付で照会のあった特例入所に係る意見について、次のとおり表明します。

- 1 対象者被保険者番号：
- 2 対象者氏名：
- 3 対象者生年月日：
- 4 対象者要介護度：
- 5 特例入所に係る意見：（ 該当 ・ 非該当 ）
- 6 担当：住民課社会福祉係 電話：01656-7-2813