

豊齡だより

(公財) 仙台市医療センター 介護老人保健施設 茂庭台豊齡ホーム
仙台市太白区茂庭台 2 丁目 16 番 10 号 TEL 022(281)3190 Fax 022(281)3194

令和 4 年 9 月号

豊齡ホーム なつまつり 2022

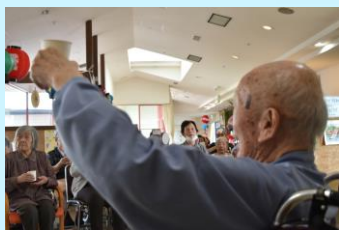
今年も夏祭りを開催♪

夏祭り担当職員が長い期間をかけて準備してくれました！

当日は入所者の皆様にも楽しんでいただき、夏を感じる行事となりました。

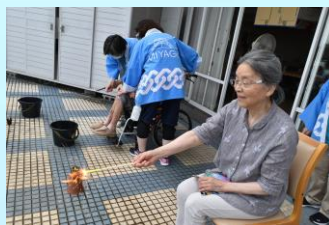
1階

職員の女装大会で
大盛り上がり♪



2階

バルコニーで花火♪



3階

夏祭りらしい千本くじや
金魚すくいが好評でした♪



面会方法について

日頃から新型コロナウイルス感染症に伴う面会制限等、感染拡大防止にご協力いただきありがとうございます。県内の感染拡大状況を踏まえ、令和4年1月24日より「対面式の面会」・「リモート面会（テレビ電話形式）」を一時中止しております。「窓越し面会」は、引き続き実施しております。今後日々の感染状況の動向により、対応を変更することもございますので、詳細についてはお気軽にお問合せください。

今年度は後期高齢者医療保険が2回届きます！
当施設をご利用中の方につきましては、新しい被保険者証が届き次第、
事務室へご提出いただきますようお願いいたします。

令和
4年度は



令和**4年7月**まで
オレンジ

窓口負担割合の見直しに伴い 後期高齢者 医療被保険者証を 7月中と9月中の 2回お届けします！

！有効期限にご注意願います！

※期限を過ぎても届かない場合は、住民票のある市区町村にお問い合わせください。

7月中にお届けする
保険証 **ピンク**

令和4年8月から
令和**4年**
9月**30日**まで

後期高齢者医療被保険者証	
有効期限	令和 4年9月30日
交付年月日	令和 年 月 日
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	
支所	
番	
号	
交付年月日	
被保険者番号	
姓	
名	
姓	
名	
生年月日	
住所	
〒	
市区町村	