

認知症対応型共同生活介護入所・退所連絡表

平成 年 月 日

紋 別 市 長 様

事業所番号

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

住 所

名 称 印

次の者が当施設 に入所 しましたので、連絡いたします。
を退所

| | |
|----------|----------|
| 入所・退所年月日 | 平成 年 月 日 |
|----------|----------|

| | | | | | | | | | | |
|------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|------|-------------|--|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | |
| | ふりがな | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | |
| | 氏 名 | | | | | | | 性 別 | 男 ・ 女 | |
| | 入 所 前 住 所 | 〒 | | | | | | | | |
| | 入 所 後 住 所 | 〒 | | | | | | | | |
| | 退 所 理 由 | 1.居宅 2.介護老人福祉施設 3.介護老人保健施設 4.介護療養型医療施設 5.医療機関入院 6.死亡 7.その他() | | | | | | | | |

保険者番号
 保険者名

| | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 1 | 9 | 5 |
| 紋 別 市 | | | | | |