

特定施設入居者生活介護入所・退所連絡表

平成 年 月 日

紋 別 市 長 様

(介護保険施設)

事業所番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

名 称 印

住 所

次の方が当施設 に入居 しましたので、連絡いたします。
を退去

入居・退去年月日	平成 年 月 日
----------	----------

被 保 険 者	被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																	
	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					