

認知症対応型共同生活介護入所・退所連絡表

年 月 日

紋 別 市 長 様

事業所番号

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

住 所

名 称 印

電 話 番 号

次の者が当施設
 に入所
 を退所
 しましたので、連絡いたします。

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	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					