

認知症対応型共同生活介護 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

中 泊 町 長 様

施設名

次の者が下記の施設 に入所 しましたので、連絡します。
を退所

入所・退所年月日	令和 年 月 日
----------	----------

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号												
	フリガナ												
	氏 名											生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日
												性 別	男 ・ 女
	入 所 前 住 所	〒											
	入 所 中 住 所	〒											
	退 所 後 住 所 *1	〒											
退 所 理 由	1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他 ()												

*1 死亡退所の場合は記載不要

保 険 者 名		保 険 者 番 号							
---------	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称											
	電 話 番 号											
	所 在 地	〒										