Ｒ元.5.1改訂

|  |
| --- |
| 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　 を退所 |  しましたので、連絡します。 |
|  |
|  | 入所・退所年月日 | 　令和　　　年　　　月　　　日 |  |
|  |
|  | 被　保　険　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ 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 | 〒 |
|  |