

課長	課長補佐	係長	係

地域密着型サービス施設 入居・退居 連絡票

(認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護)

年 月 日

利根町長 様

事業所名

所在

名称

印

次の者が、当事業所に 入居 しましたので、連絡します。
退居

入居・退居年月日	年 月 日
----------	-------

被保険者	被保険者番号									
	フリガナ									
	氏名		生年月日	年 月 日						
			性別	男 ・ 女						
	住所	〒								
	担当居宅介護支援事業者名									
退居理由	1 施設入所 (名称) 2 医療機関入院 (名称) 3 死亡 4 その他 () <input type="checkbox"/> 連絡済									

※ 退居理由で「4」を選択し、その理由が在宅復帰の場合は、必ず担当の居宅介護支援事業者へ連絡し、確認のため、「 連絡済」の口欄に✓をすること。

保険者名	利根町	保険者番号	0	8	5	6	4	7
------	-----	-------	---	---	---	---	---	---