

介護保険 地域密着型対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

年 月 日

檀原市長 様

地域密着型対象施設名

次の者が下記の施設 に入所・入居  
・ しましたので、連絡します。  
を 退所・退居

入所(居)・退所(居)年月日	年 月 日
----------------	-------

被 保 険 者	被保険者番号														
	フリガナ												生年月日	明・大・昭	年 月 日
	氏 名												性 別	男	・ 女
	入所(居)前住所	〒													
	退所(居)後住所	〒													
	*1 退所(居)理由	1 死亡    2 他の介護施設へ移動    3 在宅復帰    4 その他 (                      )													

\*1 死亡退所(居)の場合は記載不要

保険者名	檀 原 市	保険者番号	2	9	2	0	5	2
------	-------	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	事業所番号													
	名 称													
	電話番号													
	所在地	〒												