

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
 ・
 を退所・退居 しましたので、連絡します。

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														
	氏 名												生年月日	明・大・昭	年 月 日
													性 別	男	・
	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	〒											