認知症対応型共同生活介護事業所　入退所連絡票

　　年　　月　　日

東京都北区長　様

に入所希望します

次の者が下記の施設　　　　　　　　ので、連絡します。

を退所しました

記

|  |  |
| --- | --- |
| 入所・退所年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |

被保険者情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | |
| 入所前住所 | 〒 | | | | | | | | | | |
| 退所後住所  ＊死亡時記載不要 | 〒 | | | | | | | | | | |
| 退所理由 | １　他の介護保険施設入所　　２　死亡　　３　その他 | | | | | | | | | | |

施設情報

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当者 |  |