

認知症対応型共同生活介護 入居 ・ 退去 連絡票

令和 年 月 日

大崎町長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

次の者が下記の施設 に入居
・ しましたので、連絡します。
を退去

入所・退所 年月日	令和 年 月 日
-----------	----------

被 保 険 者	被保険者番号	4	6	8	0							
	フリガナ											
	氏名		生年月日	大・昭 年 月 日								
			性別	男 ・ 女								
	入所(居) 前住所	〒										
	退所(居) 後住所 *1	〒										
退所(居) 理由	1 他の住所地特例対象施設入所(居) 2 死亡 3 その他											

* 1 死亡退所(居)の場合は記載不要

保険者名	大 崎 町	保険者番号	4	6	4	6	8	5
------	-------	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称										
	電話番号										
	所在地	〒									