

認知症対応型共同生活介護 入居・退居連絡票

平成 年 月 日

鏡 野 町 長 殿

事業所名

次の者が、下記の施設
に入居
を退居
しましたので、連絡します。

入居・退居年月日 平成 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 ・ 女			
	入居前住所	〒																
退居理由	1 死亡			2 入院			3 その他（ ）											
備 考																		

[illegible]