

地域密着型介護サービス 入居・退居 連絡票

令和 年 月 日

交 野 市 長 様

地域密着型介護サービス
事業所名
住所 〒
電話番号
FAX番号
代表者氏名

に入居

次の者が下記地域密着型介護サービス事業所 ・ しましたので連絡します。

を退居

入居・退居 年月日	令和 年 月 日								
被保険者番号								保険者名	
ふりがな								性別	男 ・ 女
氏名								生年月日	明・大・昭 年 月 日
入居・退居 前住所	〒 入居前住所の世帯主名（ ）本人との関係（ ）								
入居・退居 後住所	〒								
退居理由	1. 死亡（ 令和 年 月 日 ） 2. 医療機関へ入院（医療機関名： ） 3. 他施設へ入所（施設名： ） 4. その他（ ）								

※本書は、入居日・退居日より3日以内に、できるだけ早く提出してください。