

認知症対応型共同生活介護事業所 入退居連絡票

苫前町長 宛

施設名称

次の者が 入居 ・ 退居 しましたので、連絡します。

入居・退居年月日	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 ・ 女								
入 居 前 住 所	〒										
退 居 理 由	1 他介護保険施設に入所 2 死亡 3 帰宅 4 入院（病院名： ） 5 他市区町村へ転出 6 その他（ ）										
退 居 後 住 所	〒										

事 業 所 の 状 況	入 居 定 員	人
	入 居 者 数	人
	待 機 者 数	人
	当月入居相談件数	件

備考

- 1 他市区町村の被保険者の場合は、「被保険者番号」欄の記載は不要です。
- 2 死亡による退所の場合は、「退居後住所」欄の記載は不要です。
- 3 入退居があった場合については、「事業所の状況」欄にも記載してください。
- 4 毎月末の状況に関する報告の場合は、「事業所の状況」欄のみ記載してください。
- 5 「待機者数」欄には、満床時に空床を待っている利用者及び緊急の入居は希望していないが事業所から空床が出た場合に連絡を行っている利用者等の数を記載してください。
- 6 「当月入居相談件数」欄には、電話等での入居に係る相談及び家族等による事業所の見学等が行われた件数を記載してください。