

(参考様式 2 2)

船橋市被保険者の退去情報提供票 (市外みなし指定事業所分)

事業主体	法人名	
	法人所在地	〒
	代表者氏名	

1. 事業所の状況

フリガナ				
事業所名称				
事業所番号				
所在地	〒			
連絡先	電話番号		FAX番号	
	E-mail			
管理者氏名				
サービス種別 (該当するものに○)		認知症対応型共同生活介護		介護予防認知症対応型共同生活介護
		地域密着型通所介護		

2. 船橋市被保険者の状況

1	氏名	
	生年月日	年 月 日
	被保険者番号	
	要介護度	現在の認定期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
	入退居日	年 月 日 ~ 年 月 日
	退去理由	入院・在宅復帰・死亡・他施設移転・その他()
2	氏名	
	生年月日	年 月 日
	被保険者番号	
	要介護度	現在の認定期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
	入退居日	年 月 日 ~ 年 月 日
	退去理由	入院・在宅復帰・死亡・他施設移転・その他()

※欄が足りない場合は適宜追加してください。