

介護保険施設 異動状況報告書

平成 年 月 日

遠軽町介護保険担当課長 様

介護保険
施設名

所在地

事業所
番号

[担当者名]

次のとおり異動がありましたので報告します。

被保険者番号及び被保険者名	入所(院)年月日	退所(院)年月日
平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
退所(院)理由	1.他の介護施設等への移動 (施設名:) 2.医療入院 3.死亡 4.その他 ()	

被保険者番号及び被保険者名	入所(院)年月日	退所(院)年月日
平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
退所(院)理由	1.他の介護施設等への移動 (施設名:) 2.医療入院 3.死亡 4.その他 ()	

被保険者番号及び被保険者名	入所(院)年月日	退所(院)年月日
平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
退所(院)理由	1.他の介護施設等への移動 (施設名:) 2.医療入院 3.死亡 4.その他 ()	

被保険者番号及び被保険者名	入所(院)年月日	退所(院)年月日
平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
退所(院)理由	1.他の介護施設等への移動 (施設名:) 2.医療入院 3.死亡 4.その他 ()	

- 1.介護サービス利用者に異動があった場合は、随時報告してください。
- 2.入退所(院)年月日には、介護型への移行や介護型の対象外となった事由を含みます。
- 3.退所(院)理由のその他の場合は、()に具体的に記入してください。
- 4.この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができます。