

# 介護保険施設等 異動状況報告書

令和 年 月 日

遠軽町民生部保健福祉課長 様

介護保険  
施設等名

所在地

事業所  
番号

[ Ⅱ ]

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
	令和 年 月 日	令和 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
	令和 年 月 日	令和 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
	令和 年 月 日	令和 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
	令和 年 月 日	令和 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 ( )	

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。