認知症対応型共同生活介護　入居･退居連絡票（　　年　月分）

年　　月　　日

坂 出 市 長　殿

事業者名
管理者

年　月に、次の者が　入居　・　退居　したので、連絡します。

入　居　者			退　居　者		
被保険者名	被保険者番号	入居月日	被保険者名	被保険者番号	退居月日

○ 坂出市の被保険者の入居者数（　　年　月末現在）

先月末の入居者数	今月入居した者	今月退居した者	今月末の入居者数
人	人	人	人