入居者異動報告書

　年　　月　　日

置戸町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

**（異動の内容）**

１　入退所者氏名　等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 異動区分  入所・退所年月日 | 退所後の状況等（退所の場合のみ） |
|  | 入所・退所・死亡  （令和　　年　　月　　日） | 自　宅  他病院・施設へ（　　　　　　　） |
|  | 入所・退所・死亡  （令和　　年　　月　　日） | 自　宅  他病院・施設へ（　　　　　　　） |
|  | 入所・退所・死亡  （令和　　年　　月　　日） | 自　宅  他病院・施設へ（　　　　　　　） |
|  | 入所・退所・死亡  （令和　　年　　月　　日） | 自　宅  他病院・施設へ（　　　　　　　） |
|  | 入所・退所・死亡  （令和　　年　　月　　日） | 自　宅  他病院・施設へ（　　　　　　　） |

※「異動区分」及び「適用」の欄は、いずれかに〇印を付すこと。

※異動があるごとにご報告をお願いします。

※報告先　〒099-1115　北海道常呂郡置戸町字置戸２４６番地の３

置戸町地域福祉センター介護保険係　宛

FAX　0157-52-3348（FAX可）