

小規模多機能型居宅介護 利用状況連絡票

年 月 日

事業所名 _____

次の被保険者の利用状況(開始・終了)について報告します。

開始・終了年月日	年 月 日			
被保険者番号				
要介護度	要介護	1 2 3 4 5	要支援	1 2
フリガナ				
被保険者氏名				
住所				
生年月日	明・大・昭	年 月 日	性別	男 ・ 女
利用前の状況	1. 介護保険施設入所（特養 ・ 老健 ・ 療養型） 2. 医療機関に入院 3. 居宅介護(予防)サービスを利用 4. 在宅 5. その他()			
終了の理由	1. 介護保険施設入所（特養 ・ 老健 ・ 療養型） 2. 医療機関に入院 3. 居宅介護(予防)サービスを利用 4. 在宅 5. 死亡 6. その他()			