障がい福祉サービスにおける利用者入院・外泊状況報告書（令和　　年　　月分）

令和　　年　　月　　日

事業者番号	
施設の名称 代表者	㊞

総社市長　様

下記のとおり利用者に係る入退院・外泊について報告します。

記

報告対象者

受給者証番号	
支給決定障がい者 氏　　名	

入退院した病院または診療所の名称・所在地

名　　称	
所　在　地 （電話番号）	

入退院状況

入院年月日	令和　　年　　月　　日
退院年月日	令和　　年　　月　　日
入院見込期間 （提出時点で入院中の場合）	（日　　週　　月）　間

外泊状況

外泊期間	外泊日数	外泊理由
令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日	日	
令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日	日	
令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日	日	
令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日	日	
令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日	日	
令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日	日	
令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日	日	