

認知症対応型共同生活介護施設 入居・退居 連絡票
(グループホーム)

年 月 日

大田原市長 様

(介護保険事業所)

次の者が下記の施設 に入居
・ しましたので連絡します。
を退居

入居・退居年月日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ										
	氏 名		生年月日	明・大・昭 年 月 日							
			性 別	男 ・ 女							
	住 所	〒 ー									
退 所 理 由	1 在宅 4 死亡 2 入院 () 5 その他 () 3 他の介護保険施設 ()										