|  |
| --- |
| 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）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 に入居 次の者が下記の施設 ・ 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 氏 名 |  | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |  |
| 性 別 |  男 ・ 女 |
| 住　　　所 | 〒　　　－ |
|  | １　在宅 　　　　　　　　　　　　４　死亡２　入院（　　　　　　　　　　） ５　その他（　　　　　　　　）３　他の介護保険施設（　　　　　　　　　　　　　）　 |