認知症対応型共同生活介護　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 ・ を退居　しましたので連絡します。

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	〒　　－		
	退 所 理 由	1　在宅 2　入院（　　） 3　他の介護保険施設（　　） 4　死亡 5　その他（　　）		