|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |