# 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・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<br>2　入院（　　）<br>3　他の介護保険施設（　　）<br>4　死亡<br>5　その他（　　） | | |