

認知症対応型共同生活介護
(グループホーム)

入居・退居 連絡票

年 月 日

八 幡 浜 市 長 様

介護保険事業所名

| |
|--|
| |
|--|

次の者が、下記の事業所
に入居
を退居
しましたので、連絡いたします。

| | | | |
|----------|---|---|---|
| 入居・退居年月日 | 年 | 月 | 日 |
|----------|---|---|---|

| | | | | |
|------------------|----------------|-----------|-----------|-------|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | 介 護 度 | |
| | フリガナ | | 認知症ランク | |
| | 氏 名 | | 長谷川式 他 | |
| | 住 所 | 〒 | 生年月日 | |
| | | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| | 入居理由 | | | |
| | 退居理由 | 1 在宅 | 4 死亡 | |
| | 2 入院 () | 5 その他 () | | |
| | 3 他の介護保険施設 () | | | |

| |
|---|
| <p>1 居宅介護支援事業者 () に連絡しました。</p> <p>2 居宅介護支援事業者に連絡していません。</p> <p>3 今のところ、居宅介護支援事業者に連絡の必要はありません。</p> <p>4 その他 ()</p> |
|---|