



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 ( )			

- 1 居宅介護支援事業者 ( ) に連絡しました。
- 2 居宅介護支援事業者に連絡していません。
- 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。
- 4 その他 ( )