**認知症対応型共同生活介護（グループホーム）**

**入所・退所　連絡票**

　　年　　月　　日

白　老　町　長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（住　所）

（施設名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者）　　　　　　　　　　　 　　印

　　　に入所

次の者が下記の施設　　　・　　しましたので、連絡します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　を退所

|  |  |
| --- | --- |
| 入所・退所年月日 | 年　　月　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |
| フリガナ | | | | | | | | 生年月日 | | | M・T・S  年　月　日 | | |
| 氏名 | | | | | | | | 性別 | | | 男・女 | | |
| 入所前住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| 退所後住所  ※１ | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| 退所理由 | １　他の介護保険施設入所　　２　死亡　　３　その他（　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 認知症度 | | 主治医 | | | | 自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ・M | | | | | | | | |
| 調査員 | | | | 自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ・M | | | | | | | | |

※１　死亡退所の場合は記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **保険者名** | | **白老町** | | **保険者番号** | **０** | **１** | **５** | **７** | **８** | **４** |
| 施　設 | 名称 | |  | | | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒 | | | | | | | | |