

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

次の者が下記の施設
 に入所
 ・
 を退所
 しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 0								
	フリガナ									
	氏 名	生年月日	明・大・昭	年	月	日				
		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 医療入院 3 死亡 4 その他									
認 知 症 度	主治医	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ								
	調査員	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ								

※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	〒						