

# 認知症対応型共同生活介護 入居・退居 連絡票

年 月 日

北アルプス広域連合長 様

事業所名 \_\_\_\_\_

次の者が下記のグループホーム に入居  
・ しましたので、連絡します。  
を退居

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

被 保 者	被保険者番号						
	フリガナ					生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏 名					性 別	男 ・ 女
	入居前住所 (入所時のみ 記入)	〒					
	退居理由	1 他の介護保険施設入所    2 自宅    3 入院    4 死亡    3 その他 (    )					
	退所後住所 (死亡退所の場合 記入不要)	〒					
	身元引受人  (死亡退居の 場合のみ記入)	住 所	〒				電 話
	アパート 団地等			電 話			
	氏 名				被保険者 との関係		

保 険 者 名	北アルプス広域連合	保 険 者 番 号	2	0	8	9	3	4
---------	-----------	-----------	---	---	---	---	---	---

事 業 所	所 在 地 名 称	〒					
	事業所番号 電話番号 (ゴム印で可)					電 話	(    )

※入・退居者の連絡にご協力をお願いします。