

別紙様式 1

六戸町地域包括支援センター  
FAX 0176-55-3033

報告日	年	月	日
施設名			
報告者			

グループホームの入退居者情報について

【報告月 年 月分】

入居者情報

被保険者番号	氏名	生年月日	入居年月日	備考

退居者情報

被保険者番号	氏名	生年月日	退居年月日	備考