鳥栖地区広域市町村圏組合　グループホーム登録者報告書

※月末時点の登録者を次月５日までに介護保険課給付係に報告してください。

事業所名	

月末

※月末時点で利用希望の予約や待機がある人数を右枠に記入してください

名

No.	被保険者番号	氏名	住所	入所年月日	死亡、退所又は入院	死亡、退所又は入院日	入院中の登録の有無	当広域外保険者名	備考
1				年　月　日		年　月　日			
2				年　月　日		年　月　日			
3				年　月　日		年　月　日			
4				年　月　日		年　月　日			
5				年　月　日		年　月　日			
6				年　月　日		年　月　日			
7				年　月　日		年　月　日			
8				年　月　日		年　月　日			
9				年　月　日		年　月　日			
10				年　月　日		年　月　日			
11				年　月　日		年　月　日			
12				年　月　日		年　月　日			
13				年　月　日		年　月　日			
14				年　月　日		年　月　日			
15				年　月　日		年　月　日			
16				年　月　日		年　月　日			
17				年　月　日		年　月　日			
18				年　月　日		年　月　日			
19				年　月　日		年　月　日			
20				年　月　日		年　月　日			