利 用 者 一 覧 表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名称 |  | | | |
| 介護保険事業所番号 |  | | サービスの種類 | 地域密着型通所介護 |
| 利 用 者 氏 名 | 介護保険被保険者番号 | 利用開始日 | | 利用終了日 |
|  |  | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 |
| 備考 | | | 堺市受付印 |  |

※ 本届出により新たに利用を開始する予定の者については、利用開始日欄は空欄で提出すること。

※ 既に利用している利用者（堺市被保険者のみ）氏名及び利用開始日も記載すること。

※ 堺市受付印を押印したものを、必ず指定書に添付しておくこと。

※ 堺市受付印を押印していないもの及び複写のものは無効とする。

※ 利用者一覧表の内容に変更が生じる場合は、利用者状況届（変更）により事前に手続きを行うこと。なお、利用者が居なくなった場合は速やかに廃止届を提出すること。