

## 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<br>受付<br>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。