

## 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。