みなし指定利用者一覧表

　　　　　　市町長　殿

届出者　住所

氏名

　平成28年3月31日における貴市町の利用者を次のとおり報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |
| 名称 |  |
| 所在地電話番号担当者氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 被保険者番号 | フリガナ | 性別 | 生年月日 | 備　　考 |
| 氏名 |
| 1 |  |  | 男・女 |  |  |
|  |
| 2 |  |  | 男・女 |  |  |
|  |
| 3 |  |  | 男・女 |  |  |
|  |
| 4 |  |  | 男・女 |  |  |
|  |
| 5 |  |  | 男・女 |  |  |
|  |
| 6 |  |  | 男・女 |  |  |
|  |
| 7 |  |  | 男・女 |  |  |
|  |
| 8 |  |  | 男・女 |  |  |
|  |
| 9 |  |  | 男・女 |  |  |
|  |
| 10 |  |  | 男・女 |  |  |
|  |

注　平成２８年３月３１日時点で利用している（事業所と利用契約を締結している）者について、記載してください。