

## 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。