

【宇部市事業所用】

地域密着型通所介護の利用者内訳確認票

| | |
|-------|--|
| 事業者名 | |
| 事業者番号 | |
| 電話番号 | |
| FAX番号 | |
| 担当者名 | |

| | 利用登録者数 | 利用登録者の内訳 | | |
|-----|--------|----------|------------|------------|
| | | 宇部市被保険者 | 山陽小野田市被保険者 | 左記2市以外被保険者 |
| 年 月 | | | | |
| 年 月 | | | | |
| 年 月 | | | | |
| 年 月 | | | | |
| 年 月 | | | | |
| 年 月 | | | | |

※月末時点の実績を6月に1度報告してください。

※山陽小野田市被保険者の利用者がいない(利用実績がない)事業所は報告不要です。