

【山陽小野田市事業所用】

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。

※宇部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。