

(注) 利用定員18人以下(予定)の通所介護事業所(地域密着型通所介護事業所)で事業所所在地以外の利用者(被保険者)がいる場合のみ提出してください。

平成 年 月 日

他市町村の利用者状況調査票

事業所番号	
事業所所在地市町名	
事業所名	
担当者氏名	
電話番号	

平成28年3月31日時点の通所介護利用者(被保険者)の中に、事業所所在地以外の市町村の利用者(被保険者)がいますか？

- (1) いない → 調査票の提出は必要ありません。
- (2) いる → 下欄に市町村名を記入し調査票を提出してください。

【留意事項】

- ・ 3月31日当日にサービス提供を行っていない利用者であっても、利用契約のある利用者(被保険者)を含めて確認してください。
- ・ 確認対象は要介護者のみ。要支援者(介護予防通所介護利用者)は含みません。

(2) の具体的な市町村名

市町村名 (保険者名)	
記入例	・ 広島県内の市町の場合 : ○○町 ・ 広島県外の市町村の場合 : ▲▲県●●市
①	
②	
③	
④	
⑤	

※広島県外の市町村についても、もれなく記入してください。

送付先：広島県健康福祉局地域福祉課
介護保険事業者指導グループ

F A X : 082-223-3572

Eメール : fuchiiki@pref.hiroshima.lg.jp

提出期間：平成28年4月1日(金)～平成28年4月6日(水) 必着