利用者名簿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

 　　　　　　　　　　　　　　　　　 　廃止･休止･辞退をしようとする事業所･施設

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護保険事業所番号

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 事業所・施設 名 称

 　　　　　　　　　　　　　　　　　 　事業所・施設所在地

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　サービスの種類

 利用者・入所者名簿

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  氏 名 | 被保険者番号 |  　　住 所 |  生年月日 |  移行予定先 (名称･事業所番号･所在地） |  移行確定先 (名称･事業所番号･所在地） | 移行年月日 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 　　 （　　枚中１枚目）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   氏 名 | 被保険者番号 |  住 所 |  生年月日 |  移行予定先 (名称･事業所番号･所在地） |  移行確定先 (名称･事業所番号･所在地） | 移行年月日 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 　 （　　枚中　　枚目）