　　年　　月　　日

地域密着型通所介護のみなし指定に係る調査票

（宛先）高槻市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 | |
| 法人名称 |  | |
| 代表者の職・氏名 |  |  |

照会のあったみだしのことについて、次のとおり回答します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所情報 | 事業所番号 |  | 事業種別 | 地域密着型通所介護 |
| 事業所所在地 | 〒 | | |
| 事業所名称 |  | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  | | |

第１　更新申請時点における高槻市の被保険者（※要支援者を除く）の利用契約の有無

|  |  |
| --- | --- |
| □ | (1)　高槻市の被保険者（要介護）に係る利用契約あり  →　本調査票を提出してください。 |

第２　更新申請時点で利用契約のある高槻市の被保険者一覧（※要支援者を除く）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 利用契約の締結日 | 住特該当 | 要介護度 |
| 1 |  | |  | 年　　月　　日 | 有・無 |  |
| 2 |  | |  | 年　　月　　日 | 有・無 |  |
| 3 |  | |  | 年　　月　　日 | 有・無 |  |
| 4 |  | |  | 年　　月　　日 | 有・無 |  |
| 5 |  | |  | 年　　月　　日 | 有・無 |  |
| 6 |  | |  | 年　　月　　日 | 有・無 |  |
| 7 |  | |  | 年　　月　　日 | 有・無 |  |
| 8 |  | |  | 年　　月　　日 | 有・無 |  |

備考

１　「住特該当」欄には、住所地特例に該当する利用者であるか否かを記載してください。

２　「利用契約の締結日」欄には、最初に締結した利用契約の締結日を記載してください。

３　記入欄が不足する場合は、行を追加するか別紙を作成して添付してください。