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宛て　　　　　　　　　　　「別紙」

（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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：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