**利用者名簿**

サービス種類（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

事業所名・施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

ユニット名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 被保険者番号 | 氏名 | 介護度 | 備考 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |

（令和　　年　　月　　日時点）

※　利用者（入所者、登録者等）が、毛呂山町以外の被保険者については、「備考」欄に“保険者名”を記載して下さい。