

【様式4】

理由⑤該当者一覧表

法人名		
事業所名		
事業所番号		
判定期間	年度	期分（前期・後期をご記入ください）

※当該判定期間中に新規・区分変更・更新した利用者で「正当な理由⑤」に該当する利用者をご記入ください。

※後日、事業所で保管してみえる該当者の確認書（様式3）のコピー等を追加資料として提出していただくことがあります。

※欄が不足する場合はコピー等で作成してください。

	該当者(利用者)名	新規・区分変更・更新の別	該当するサービス種別(○を記入)			
			訪問介護	通所介護	福祉用具貸与	地域密着型通所介護
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						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						