ファクシミリ番号　042-420-2894　　 参考様式２

令和　　年　　月　　日

西東京市　高齢者支援課　介護指導給付係　宛

事業所名

事業者番号

所在地

連絡先

担当者名

地域密着型通所介護に係る利用状況について（報告）

　令和　　年　　月の当事業所の利用状況については，下記のとおりです。

記

単位：人

|  |  |
| --- | --- |
| ①　定員 |  |
| ②　利用者数  ※契約者数（登録者数）ではありません。 |  |
| ③　②中の西東京市被保険者数  ※住所地特例対象者は除く |  |

※上の表が、①　≧　②　≧　③となっているか、ご確認ください。

※算定は，月の最初の営業日における，最初の単位の利用者数等とします。

※地域密着型通所介護と介護予防通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業とを一体的に提供している場合には，定員・利用者数ともに，要支援又はチェックリストのみで利用している方の数も含みます。

※報告は毎月15日までに行うこと