

サービス種別			
事業所名			
電話番号		担当者氏名	

以下一覧に記載の者については、被災により介護報酬10割を請求する予定ですので報告します。

令和2年7月豪雨の被災利用者（被災を申出た者）一覧

基準緩和型サービスの利用者は、基準緩和利用の有無欄に○を付けて下さい。

	被保険者番号	被保険者氏名	生年月日	基準緩和 利用の有無	備考
1			. .		
2			. .		
3			. .		
4			. .		
5			. .		
6			. .		
7			. .		
8			. .		
9			. .		
10			. .		
11			. .		
12			. .		
13			. .		
14			. .		
15			. .		
16			. .		
17			. .		
18			. .		
19			. .		
20			. .		