

| | | | |
|--------|--|-------|--|
| 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 | | | . . | | |