

(参考様式)

### 事業所の廃止・休止に係る利用者の移管先リスト

介護保険事業所番号 \_\_\_\_\_

サービスの種類 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

一連 番号	被保険者番号	利用者氏名	保険者	引継先(予定)の 事業所名	引継日	居宅支援事業所(※)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

※居宅介護支援を廃止・休止する場合は、「居宅介護支援事業所名」欄の記載は不要です。