（参考様式１０）

地域密着型通所介護に係るみなし指定の対象者一覧

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 氏　　名 | 生年月日 | 住　　所 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※平成28年４月１日前からの既存の利用者（南さつま市被保険者）を記載してください。