

(別紙様式)

地域密着型サービス利用状況報告書

大田原市高齢者幸福課介護管理係 宛

利用状況につきまして、下記の欄に記入していただき、5日までに提出してください。

◆ 提出先：高齢者幸福課介護管理係（FAX0287-23-4521）

年 月 日 現在	
(TEL)	(担当者)

1. 認知症対応型通所介護（認知症対応型デイサービス）

事業所名	利用定員	利用可否

※利用可否については、○または×を記入ください。

2. 地域密着型通所介護（地域密着型デイサービス）

事業所名	利用定員	利用可否

※利用可否については、○または×を記入ください。

3. 小規模多機能型居宅介護

事業所名	登録定員	登録者	空き状況	利用可否

※利用可否については、○または×を記入ください。

4. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

事業所名	入居定員	入居者	空き状況	待機者

5. 地域密着型特別養護老人ホーム

事業所名	入所定員	入所者	空き状況	待機者