

**サービス対象者追加届出書**  
**(大村市介護保険施設等訪問理美容サービス支援事業)**

年 月 日

大村市長 様

法人名  
代表者氏名  
担当者氏名

介護保険施設等の名称 \_\_\_\_\_

番号	氏名	介護保険被保険者番号	要介護度	要介護認定有効期間			追加日
					~		
					~		
					~		
					~		
					~		
					~		
					~		
					~		
					~		
					~		

※提出されたサービス対象者の最後の番号から連番になるように番号を記入してください。  
※本様式の提出に代えて、上記の内容が確認できる施設独自の様式を提出することができます。