

(別紙18)

加算算定対象者一覧

(年 月)

事業所名 ()

算定月の前月における対象者を記載して下さい。

	フリガナ	年令	保険者	介護度区分	認知症高齢者の 日常生活自立度
	氏名	性別	被保険者番号		
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					