様式第２号（第５条関係）

介護保険事業所事故処理完了報告書

　　　　年　　月　　日

（宛先）幸田町長

事業所住所

事業所名

電話番号

代表者名　　　　　　　　　　　　　担当者名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | ふりがな |  | 要介護度 | 要支援１ ２  要介護１ ２ ３ ４ ５ |
| 氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 | 幸田町大字 | | |
| 事故後の対応 | 利用者の現況 |  | | |
| 再発防止に向けた今後の対応 |  | | |
| 損害賠償等の状況 |  | | |

備考　記載しきれない場合は、適宜別紙を添付すること。