地域包括支援センター 行

委託料請求明細(実績報告書)【介護予防ケアマネジメント用】

令和__年__月のサービス利用分は次のとおりです。

事業所名 _____

事業所番号 _____

	被保険者番号	氏名	該当に○印		被保険者番号	氏名	該当に○印
1			初回・連携	16			初回・連携
2			初回・連携	17			初回・連携
3			初回・連携	18			初回・連携
4			初回・連携	19			初回・連携
5			初回・連携	20			初回・連携
6			初回・連携	21			初回・連携
7			初回・連携	22			初回・連携
8			初回・連携	23			初回・連携
9			初回・連携	24			初回・連携
10			初回・連携	25			初回・連携
11			初回・連携	26			初回・連携
12			初回・連携	27			初回・連携
13			初回・連携	28			初回・連携
14			初回・連携	29			初回・連携
15			初回・連携	30			初回・連携
合計		円					

請求金額 _____ 円

〔 内訳:初回@ 7,000 円 件 継続@ 4,000 円 件
委託連携加算@ 3,000 円 件(再掲) 〕