

地域包括支援センター行

委託料請求明細(実績報告書)【介護予防支援用】

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: 介護予防支援費@ 4,080円 _____ 件

介護予防支援費+初回加算@ 7,150円 _____ 件

介護予防支援費+委託連携加算@ 7,150円 _____ 件

介護予防支援費+初回加算+委託連携加算@ 10,210円 _____ 件