

介護予防ケアマネジメント業務実績報告書(請求内訳書)

報告年月日: 年 月 日

枚中 枚目

事業所番号		事業所名					
NO.	被保険者番号	氏名	担当介護支援 専門員番号	対象年月	ケアマネジメントの 類型	請求区分	請求金額
1					A	1・2・3	
2					A	1・2・3	
3					A	1・2・3	
4					A	1・2・3	
5					A	1・2・3	
6					A	1・2・3	
7					A	1・2・3	
8					A	1・2・3	
9					A	1・2・3	
10					A	1・2・3	
11					A	1・2・3	
12					A	1・2・3	
13					A	1・2・3	
14					A	1・2・3	
15					A	1・2・3	
16					A	1・2・3	
17					A	1・2・3	
18					A	1・2・3	
19					A	1・2・3	
20					A	1・2・3	
21					A	1・2・3	
22					A	1・2・3	
23					A	1・2・3	
24					A	1・2・3	
25					A	1・2・3	
26					A	1・2・3	
27					A	1・2・3	
28					A	1・2・3	
29					A	1・2・3	
30					A	1・2・3	
				小計	件数		金額
				合計	件数		金額

- 請求区分は、継続は「1」、初回加算の対象となるものは「2」、委託連携加算の対象となるものは「3」に“○”をつけてください。
- 請求金額は、加算がある場合は加算金額を加えた総額を記入してください。