

(別紙)

介護予防ケアマネジメント業務委託料請求・内訳書
(年 月サービス利用分)

居宅支援事業所名									
No	利用者氏名	被保険者番号	利用月	介護予防 ケアマネジ メント費	初回加算	委託連携 加算	要支援1・2 事業対象者の別		
							要支援1	要支援2	事業 対象者
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
件数の合計(○の数)									

※介護予防ケアマネジメント費、初回加算について、対象となる場合○を付けてください。

※要支援1・2、事業対象者の別について該当する欄に○を付けてください。