

介護予防支援集計表(介護予防給付を含めたサービスを利用)

年 月利用(月審査)分

※国保連合会経由でプラン料を支払い

居宅名

1. 伊万里市(保険者)

| | 新規(2か月間 予防給付なし) | 委託連携加算 新規 | 継続 | 委託連携加算 継続 | 計 |
|----------------|--------------------|--------------|----|--------------|---|
| 当月分 | | | | | |
| 月遅れ請求 (月分) | | | | | |
| 再請求 (月分) | | | | | |
| 計 | | | | | |

2. 他市保険者分(住所地特例施設利用者)

| | 新規(2か月間 予防給付なし) | 委託連携加算 新規 | 継続 | 委託連携加算 継続 | 計 |
|----------------|--------------------|--------------|----|--------------|---|
| 当月分 | | | | | |
| 月遅れ請求 (月分) | | | | | |
| 再請求 (月分) | | | | | |
| 計 | | | | | |

<該当者>

- 1)要支援1・2の方で介護予防給付のみ(福祉用具レンタル、訪問看護、訪問・通所リハ・短期入所等)のサービスを利用している人
- 2)要支援1・2の方で介護予防給付及び総合事業(訪問型サービス・通所型サービス)両方のサービスを利用している人

<お願い>

給付管理票(1枚ずつ)に下記をご記入し、

- 1)居宅介護支援事業所名
- 2)居宅介護支援事業所番号
- 3)介護支援専門員名
- 4)介護支援専門員登録番号
- 5)「新規」または「継続」の記載
(給付管理表に「新規」と記載される様式の場合二重線等で削除してください)

前回介護予防支援費の方で当月利用のなかった人の氏名・理由を下記に記入ください。

| 氏名 | 理由 |
|----|----|
| | |
| | |
| | |
| | |