令和　　年　　月介護予防ケアマネジメント費請求総括票

提出日または送付日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 提出先の地域包括支援センターを○で囲んでください。 | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | 白鷺・琴陵、城乾・東光、安室、高岡、山陽、書写・林田、大白書、花田・城山、四郷・東、増位・広嶺、北、灘、大的、飾磨西、飾磨、広畑、大津、朝日、網干、家島、夢前、香寺、安富 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 事業所指定番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居宅介護支援  事業所名 | |  | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | 〒 | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | | | | | |
| 担当者 | |  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提出方法 | | 郵送　・　持参　・　メール　・　FAX | | | | | |
| 請　求　内　訳 |  | サービス利用月 | | 件　数 | サービス利用月 | | 件　数 |
| 年　　月 | | 件 | 年　　月 | | 件 |
| 年　　月 | | 件 | 年　　月 | | 件 |
| 年　　月 | | 件 | 年　　月 | | 件 |
|  | | | 合　　計 | | 件 |
| 再掲 | 被保険者番号 | | 氏　名 | 種類 | | 担当者名 |
| 加算算定対象者 |  | |  | 初　・　委 | |  |
|  | |  | 初　・　委 | |  |
|  | |  | 初　・　委 | |  |
|  | |  | 初　・　委 | |  |
|  | |  | 初　・　委 | |  |
|  | |  | 初　・　委 | |  |
| * 月別欄に記入しきれない場合は２枚目以降に記入してください。合計件数は１枚目に記入してください。（種類欄　「初」：初回加算、「委」：委託連携加算　該当するものに〇を付けてください。） | | | | | | | |
| 利用票 | | | 利用票別票 | | | 合　　計 | |
| 枚 | | | 枚 | | | 枚 | |

提出された利用票等の枚数を記入してください。なお、利用票等には利用実績を記載し、提出して下さい。記載がない場合は請求事務ができなくなります。

　　　受領日：令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 受領者 |  |