

## 地域包括支援センター堀切 介護予防報酬請求について

当月審査分（前月までのサービス提供分）の請求について、本用紙「実績確定連絡票」をケアマネジャー様ごとに作成していただき、利用票・利用票別表も併せて当月（審査月）7日（日曜祝日の場合は次の営業日）12:00までにファックスいただくか、直接当センターまでお持ちいただきますようお願いいたします。

また、当月の請求保留分がありましたら、請求保留連絡欄にご記入ください。

ご不明な点等ございましたら、当センター（TEL 03-3697-7815）までお問い合わせください。

### 平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月審査分 実績確定連絡票

#### 1 介護予防支援費（介護予防給付あり）

No.	提供月	区 分	利用者氏名	初回加算	備 考	センター 使用欄
1	月	新規・修正・取消		有・無		
2	月	新規・修正・取消		有・無		
3	月	新規・修正・取消		有・無		
4	月	新規・修正・取消		有・無		
5	月	新規・修正・取消		有・無		
6	月	新規・修正・取消		有・無		
7	月	新規・修正・取消		有・無		

#### 2 介護予防ケアマネジメント費（要支援認定者で総合事業のみの利用者・事業対象者）

No.	提供月	区 分	利用者氏名	初回加算	給付 管理票	備 考	センター 使用欄
1	月	新規・修正・取消		有・無	有・無		
2	月	新規・修正・取消		有・無	有・無		
3	月	新規・修正・取消		有・無	有・無		
4	月	新規・修正・取消		有・無	有・無		
5	月	新規・修正・取消		有・無	有・無		
6	月	新規・修正・取消		有・無	有・無		
7	月	新規・修正・取消		有・無	有・無		

※請求保留分がある場合にご記入ください。

No.	提供月	利用者氏名	理 由	備 考	センター 使用欄
1	月				
2	月				

上記の実績が確定したことを連絡します。

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

事業所名：

ケアマネジャー名：