

令和 年 月 介護予防支援費・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

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						
	介護予防支援費		介護予防ケアマネジメント費				
	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			
	年 月	件	年 月	件			
	合 計 ※1	件	合 計 ※1	件			
請 求 内 訳	再掲	被保険者番号	氏 名	被保険者番号	氏 名		
	初回加算 算定対象者 ※2						
	修正・月遅 れ対象者 ※3	修・遅		( 月)	修・遅		( 月)
		修・遅		( 月)	修・遅		( 月)
		修・遅		( 月)	修・遅		( 月)
		修・遅		( 月)	修・遅		( 月)
		修・遅		( 月)	修・遅		( 月)
※1 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。 ※2 介護予防支援費で初回加算算定者のうち「委託連携加算」も算定する場合には被保険者番号欄に○を記入してください。 ※3 該当する方に○で囲んでください。							

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。(両面の場合は利用票に枚数を記入してください。)

受領日：令和 年 月 日

受領者	
-----	--