介護予防ケアマネジメント委託業務報告書

　刈谷　　　　　地域包括支援センター　様

（　　法　人　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所住所 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |

　令和　　　　年　　　　月分の介護予防ケアマネジメント委託業務については、次のとおりです。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 被保険者名 | 被保険者番号 | 介護支援専門員名 | 初回/継続/連携 |
| 介護支援専門員番号 | （チェックしてください） |
| 1 |  |  |  | 初　回  連　携  継　続 |
|  |
| ２ |  |  |  | 初　回  連　携  継　続 |
|  |
| ３ |  |  |  | 初　回  連　携  継　続 |
|  |
| ４ |  |  |  | 初　回  連　携  継　続 |
|  |
| ５ |  |  |  | 初　回  連　携  継　続 |
|  |
| ６ |  |  |  | 初　回  連　携  継　続 |
|  |
| ６ |  |  |  | 初　回  連　携  継　続 |
|  |
| ８ |  |  |  | 初　回  連　携  継　続 |
|  |
| ９ |  |  |  | 初　回  連　携  継　続 |
|  |
| 10 |  |  |  | 初　回  連　携  継　続 |
|  |

※記入欄が足りない場合は、別紙をつけてください。

【添付書類】

　・介護予防・日常生活支援総合事業費明細書（様式７の３）

　・給付管理票（様式第１１）

　・（新規又は計画変更の場合、月定額以外のサービスの場合のみ）

　　サービス利用票及びサービス利用票別表