

年 月 日

様

所在地

名称

印

事業所名

代表者

担当者

連絡先

介護予防サービス給付管理連絡総括表

貴地域包括支援センターの担当する圏域の被保険者について、介護予防サービス給付管理連絡票を作成したので提出します。

記

年	月	審査分		
年	月	利用分	介護予防支援	件
			初回加算	件
			小規模多機能連携加算	件
			初回・小規模	件
年	月	利用分	介護予防支援	件
			初回加算	件
			小規模多機能連携加算	件
			初回・小規模	件
年	月	利用分	介護予防支援	件
			初回加算	件
			小規模多機能連携加算	件
			初回・小規模	件
			介護予防支援	0 件
			初回加算	0 件
			小規模多機能連携加算	0 件
			初回・小規模	0 件

* 介護予防サービス給付管理連絡表を添付し、毎月サービス提供月の翌月3日（3日が土日祝祭日にあたる場合はその前日）までに担当の地域包括支援センターにご提出ください。