

介護予防サービス給付管理連絡票

利用月	年 月 区分	初 回 その他 小規模多機能
-----	--------	----------------------

被保険者番号										被保険者番号										居宅介護支援事業所									
										ワカナ										番号									
生年月日										性別										要支援認定区分									
明治 大正 昭和 年 月 日										男 女										要支援 1 要支援 2									
区分支給限度基準額										限度額管理期間										名称									
5,032 10,531 単位/月										年 月 ~ 年 月										介護支援専門員 番号 氏名									

サービス事業者の 事業所名	事業所番号	指定/地域密着	サービス種類名	サービス 種類コード	給付計画単位数
		指定 地域密着			
		指定 地域密着			
		指定 地域密着			
		指定 地域密着			
		指定 地域密着			
		指定 地域密着			
		指定 地域密着			
		指定 地域密着			
		指定 地域密着			
		指定 地域密着			
		指定 地域密着			
		指定 地域密着			
		指定 地域密着			
		指定 地域密着			
		指定 地域密着			
合 計					0