

年 月 日

様

所在地

名称

印

事業所名

代表者

担当者

連絡先

介護報酬審査結果報告書

貴事業所の作成した介護予防プランについて、北海道国民健康保険団体連合会による審査の結果、下記の通りですので報告いたします。

記

年	月	審査分	審査件数	うち過誤等		
年	月	利用分	介護予防支援	件	件	
		〔	初回加算	件	件	
			小規模多機能連携加算	件	件	
			初回・小規模	件	件	
			〕			
年	月	利用分	介護予防支援	件	件	
		〔	初回加算	件	件	
			小規模多機能連携加算	件	件	
			初回・小規模	件	件	
			〕			
年	月	利用分	介護予防支援	件	件	
		〔	初回加算	件	件	
			小規模多機能連携加算	件	件	
			初回・小規模	件	件	
			〕			
		介護予防支援	0	件	0	件
		初回加算	0	件	0	件
		小規模多機能連携加算	0	件	0	件
		初回・小規模	0	件	0	件

審査の結果過誤となった等の被保険者氏名及び理由等
