

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

(介護予防・日常生活支援総合事業分)

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	ケアマネジメントA	件	件
		ケアマネジメントB	件	件
		〔 初回加算 小規模多機能連携加算 初回・小規模	件	件
			件	件
			件	件
			件	件
年	月利用分	ケアマネジメントA	件	件
		ケアマネジメントB	件	件
		〔 初回加算 小規模多機能連携加算 初回・小規模	件	件
			件	件
			件	件
			件	件
年	月利用分	ケアマネジメントA	件	件
		ケアマネジメントB	件	件
		〔 初回加算 小規模多機能連携加算 初回・小規模	件	件
			件	件
			件	件
			件	件
		ケアマネジメントA	0 件	0 件
		ケアマネジメントB	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