

介護予防・日常生活支援総合事業給付管理連絡票

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											
				ワガナ				番号											
生年月日				性別		認定区分				名称									
明治		大正		昭和		男女		要支援1 要支援2 事業対象者											
年		月		日								介護支援専門員							
区分支給限度基準額				限度額管理期間				番号											
5,032		10,531		単位/月		年 月 ~ 年 月				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 /総合事業	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 総合事業			
		指定 地域密着 総合事業			
		指定 地域密着 総合事業			
		指定 地域密着 総合事業			
		指定 地域密着 総合事業			
		指定 地域密着 総合事業			
		指定 地域密着 総合事業			
		指定 地域密着 総合事業			
		指定 地域密着 総合事業			
		指定 地域密着 総合事業			
		指定 地域密着 総合事業			
		指定 地域密着 総合事業			
		指定 地域密着 総合事業			
		指定 地域密着 総合事業			
		指定 地域密着 総合事業			
		指定 地域密着 総合事業			
合 計					0