

年 月 日

様

所在地

名称

事業所名

代表者

担当者

連絡先

印

### 介護予防・日常生活支援総合事業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・日常生活支援総合事業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

初回 件  
その他 件  
小規模多機能 件  
初回・小規模 件

年 月利用分

初回 件  
その他 件  
小規模多機能 件  
初回・小規模 件

年 月利用分

初回 件  
その他 件  
小規模多機能 件  
初回・小規模 件

---

初回 件  
その他 件  
小規模多機能 件  
初回・小規模 件

居宅介護支援事業所→介護予防支援事業者

\* 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。