

平成 年 月 日

様

所在地

名称

印

事業所名

代表者

担当者

連絡先

介護予防サービス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、介護予防サービス給付管理連絡票を作成したので提出します。

記

| 平成 | 年 | 月 | 審査分 | | |
|-------|----|---|-----|-----|---------------------------------------|
| | 平成 | 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 |
| | 平成 | 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 |
| | 平成 | 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 |
| <hr/> | | | | | 初回 件 その他 件 小規模多機能 件 初回・小規模 件 |

* 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。