介護予防支援事業者→居宅介護支援事業所

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

平成　　年　　月審査分

| | | 審査件数 | うち過誤等 |
|---|---|---|---|
| 平成　　年　　月利用分 | 初　回 | 件 | 件 |
| | その他 | 件 | 件 |
| | 小規模多機能 | 件 | 件 |
| | 初回･小規模 | 件 | 件 |
| 平成　　年　　月利用分 | 初　回 | 件 | 件 |
| | その他 | 件 | 件 |
| | 小規模多機能 | 件 | 件 |
| | 初回･小規模 | 件 | 件 |
| 平成　　年　　月利用分 | 初　回 | 件 | 件 |
| | その他 | 件 | 件 |
| | 小規模多機能 | 件 | 件 |
| | 初回･小規模 | 件 | 件 |
| | 初　回 | 件 | 件 |
| | その他 | 件 | 件 |
| | 小規模多機能 | 件 | 件 |
| | 初回･小規模 | 件 | 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 |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |