

年 月 日

年 月介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント実績報告書

事業所指定番号	
居宅介護支援等事業所名	
住所	〒
電話番号	
担当者	

給付管理票内訳

提出方法	郵送 ・ 持参			
	サービス利用月	件数	サービス利用月	件数
継続	年 月	件	年 月	件
	年 月	件	年 月	件
	年 月	件	年 月	件
	年 月	件	年 月	件
	年 月	件	年 月	件
新規	被保険者番号	氏名	被保険者番号	氏名

- ※ 月別欄に記入しきれない場合は、2枚目以降に記入してください。合計件数は1枚目に記入してください。
- ※ 介護予防サービス給付管理表を添付し、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）までに早島町地域包括支援センターにご提出ください。

年 月 日

早島町長 様

所在地  
事業所  
代表者  
連絡先

印

年 月介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント委託料請求書

介護予防支援費・介護予防ケアマネジメントにかかる委託料として次のとおり請求します。

介護予防支援業務委託料

請求額	
-----	--

内訳

摘要	数量	単価	金額
月分（継続）		4,380	
月分（新規）		7,380	
月分（委託連携加算）		3,000	

介護予防ケアマネジメント A 委託料

請求額	
-----	--

内訳

摘要	数量	単価	金額
月分（継続）		4,380	
月分（新規）		7,380	
月分（委託連携加算）		3,000	