

介護予防サービス・介護予防ケアマネジメント計画作成委託費請求内訳書

甲府市南東地域包括支援センター

代表者 今井 昌子 様

事業所名

令和 年 月分

番号	被保険者名	被保険者番号	該当項目に○をしてください		
			区分	初回加算	委託連携加算
1			介護予防支援 介護予防ケアマネジメント	有・無	有・無
2			介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメント	有・無	有・無
3			介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメント	有・無	有・無
4			介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメント	有・無	有・無
5			介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメント	有・無	有・無
6			介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメント	有・無	有・無
7			介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメント	有・無	有・無
8			介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメント	有・無	有・無
9			介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメント	有・無	有・無
10			介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメント	有・無	有・無
11			介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメント	有・無	有・無
12			介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメント	有・無	有・無
13			介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメント	有・無	有・無
14			介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメント	有・無	有・無
15			介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメント	有・無	有・無

※ [介護予防支援] は予防給付利用者、[介護予防ケアマネジメント] は総合事業のみ利用者