

② 介護予防ケアマネジメント費(認定有)請求報告書

直方市長 様

事業所名

事業者番号

所在地

代表者名

電話番号

(担当者名)

令和 年 月請求分の介護予防計画作成費について下記のとおり報告します。

NO	サービス 利用月	被保険者番号	被保険者氏名	初回委託契約日 (R3.4.1以降の場合 契約日を記入)	作成区分(いずれかに○印)			金額 (円)	
					①	②	③		
1				/ /	委託	初回	更新		
2				/ /	委託	初回	更新		
3				/ /	委託	初回	更新		
4				/ /	委託	初回	更新		
5				/ /	委託	初回	更新		
6				/ /	委託	初回	更新		
7				/ /	委託	初回	更新		
8				/ /	委託	初回	更新		
9				/ /	委託	初回	更新		
10				/ /	委託	初回	更新		
11				/ /	委託	初回	更新		
12				/ /	委託	初回	更新		
13				/ /	委託	初回	更新		
14				/ /	委託	初回	更新		
15				/ /	委託	初回	更新		
16				/ /	委託	初回	更新		
17				/ /	委託	初回	更新		
小計	①委託連携加算＋②初回加算＋③更新			9,120円×()人＝					円
	①委託連携加算＋③更新			6,120円×()人＝					円
	②初回加算＋③更新			7,120円×()人＝					円
	③更新			4,120円×()人＝					円
			総合計						円

※「①委託連携加算」は、包括が居宅へ委託した初回に算定(利用者1人につき1回まで)