

③ 介護予防ケアマネジメント費(認定無)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)