**介護予防ケアプラン策定実績報告書　（令和　　　年　　　月請求分）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 利用者（内訳） | 初回加算※ | 委託連携加算 | 被保険者番号 | 氏　　名 | 対 象 月 | 担当介護支援専門員名 |
| 介護支援専門員番号 |
|  |  |  |  | 令和　　年　　月分 |  |
|  |
|  |  |  |  | 令和　　年　　月分 |  |
|  |
|  |  |  |  | 令和　　年　　月分 |  |
|  |
|  |  |  |  | 令和　　年　　月分 |  |
|  |
|  |  |  |  | 令和　　年　　月分 |  |
|  |
|  |  |  |  | 令和　　年　　月分 |  |
|  |
|  |  |  |  | 令和　　年　　月分 |  |
|  |
|  |  |  |  | 令和　　年　　月分 |  |
|  |
|  |  |  |  | 令和　　年　　月分 |  |
|  |
|  |  |  |  | 令和　　年　　月分 |  |
|  |
| 　　合　計　　　　　　　　　名　（うち初回加算対象者　　　　名） |
| 備考 | **当該事業所の介護支援専門員の人数：　　　人** |

* 初回加算対象者に○をうつ
* 添付書類　当該利用者にかかる給付管理票

令和　　　年　　月　　日

幸田町中部地域包括支援センター代表者様

**記　　載　　例**

**国保連請求月**

**介護予防ケアプラン策定実績報告書　（令和４年５月請求分）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | 事業所番号 | **２** | **３** | **７** | **６** | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** | **６** |
| **ふくし居宅介護支援事業所** |
| 利用者（内訳） | 初回加算※ | 委託連携加算 | 被保険者番号 | 氏　　名 | 対 象 月 | 担当介護支援専門員名 |
| 介護支援専門員番号 |
| **○** | **○** | **11111** | **幸田　太郎** | 令和**４**年**４**月分 | **愛知　花子** |
| **12345678** |
|  |  | **12345** | **福祉　幸子** | 令和**４**年**4**月分 | **鈴木　一郎** |
| **11122233** |
|  |  |  |  | 令和　　年　　月分 |  |
|  |
| **要介護⇒要支援や新規ケースに○** |  |  |  | 令和　　年　　月分 |  |
|  |
|  |  |  |  | 令和　　年　　月分 |  |
|  |
|  |  |  |  | 令和　　年　　月分 |  |
|  |
|  |  |  |  | 令和　　年　　月分 |  |
|  |
|  |  |  |  | 令和　　年　　月分 |  |
|  |
|  |  |  |  | 令和　　年　　月分 |  |
|  |
|  |  |  |  | 令和　　年　　月分 |  |
|  |
| 　　合　計　　　　　　　　　名　（うち初回加算対象者　　　　名） |
| 備考 | **当該事業所の介護支援専門員の人数：　　　人** |

* 初回加算対象者に○をうつ

**※国保連請求月の５日午前中までに**

**ＦＡＸ等でご報告ください。**

**（ＦＡＸ 0564-62-7254）**

* 添付書類　当該利用者にかかる給付管理票

令和４年５月３日

幸田町中部地域包括支援センター代表者様