

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
					令和 年 月分	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	
	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

