

令和 年 月 日

高知市長 様

指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務実績報告書
(指定介護予防支援業務分)

(令和 年 月 分)

住所

氏名

印

番号	利用者 氏名	被保険者番号	要支援 状態 区分	担当 センター 名	担当介護支援専門員		請求額
					氏名	番号	
1							円
2							円
3							円
4							円
5							円
6							円
7							円
8							円
9							円
10							円
11							円
12							円
13							円
14							円
15							円
16							円
17							円
18							円
19							円
20							円
合計							円
【内訳】							
①加算なし							件
②初回加算のみを加算							件
③委託連携加算のみを加算							件
④初回加算及び委託連携加算あり							件