様式16

介護予防ケアマネジメント事業集計表

年　　月利用(　　月審査)分

※市包括経由でプラン料を支払い

居宅名

1. 伊万里市(保険者)

	新規(2か月間予防給付なし)	委託連携加算新規	継続	委託連携加算継続	計
当月分					
月遅れ請求 (　　月分)					
再請求 (　　月分)					
計					

2. 他市保険者分(住所地特例施設利用者)

	新規(2か月間予防給付なし)	委託連携加算新規	継続	委託連携加算継続	計
当月分					
月遅れ請求 (　　月分)					
再請求 (　　月分)					
計					

<該当者>

※サービス事業対象者または要支援1・2で総合事業(通所型サービス・訪問型サービス)のみサービスを利用している人

<お願い>

給付管理票(1枚ずつ)に下記をご記入し、

1)居宅介護支援事業所名　　2)居宅介護支援事業所番号
3)介護支援専門員名　　4)介護支援専門員登録番号
5)「新規」または「継続」の記載
(給付管理表に「新規」と記載される様式の場合二重線等で削除してください)

前回介護予防ケアマネジメントの方で当月利用のなかった人の氏名・理由を下記に記入ください。

氏名	理由