

記入例

(市内・県内事業所用)

※センターに☑チェックを入れてください。

2024年4月利用分より

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> あさぎり・おおくら総合支援センター | <input type="checkbox"/> おおくぼ総合支援センター |
| <input type="checkbox"/> きんじょう・きぬがわ総合支援センター | <input type="checkbox"/> うおずみ総合支援センター |
| <input type="checkbox"/> にしあかし総合支援センター | <input type="checkbox"/> ふたみ総合支援センター |

センターにチェック

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント実績合計

事業所名 ○×居宅介護支援事業所

提出日 年 月 日

介護予防支援

種類	件数	内訳	委託料
初回	2	/	〇〇円 <small>初回(加算)の件数×6,339円</small>
継続	1	/	〇〇円 <small>継続の件数×3,776円</small>
連携加算	/	1	〇〇円 <small>委託連携加算の件数×3,126円</small>
合計	3	/	●●円

介護予防ケアマネジメント

種類	件数	内訳	委託料合計
初回	1	/	〇〇円 <small>初回(加算)の件数×6,339円</small>
継続	1	/	〇〇円 <small>継続の件数×3,776円</small>
連携加算	/	0	0円 <small>委託連携加算の件数×3,126円</small>
合計	2	/	●●円

総合計

〇〇,〇〇〇円

- ※ 件数の欄は、初回or継続をカウントしてください。
- ※ 内訳の欄は、委託連携加算がある場合にカウントしてください。
- ※ 返戻/修正分は、件数及び委託料合計の欄には記載しないでください。
(過去に実績として請求しているため)

令和6年3月分までの委託料
(1件あたり)

初回・・・6,304円
継続・・・3,741円
委託連携加算・・・3,126円

※訂正していない原本を提出してください。 2024年4月利用分より

請求書

¥

〇〇,〇〇〇

「実績明細合計」の欄の「委託料合計」の金額
を記載してください
※返戻・修正の金額は含めないでください

上記の金額を「介護予防支援委託料」及び「介護予防ケアマネジメント委託料」4月分として

総合支援センターへ請求いたします。

年 月 日

事業所名 × × × × ×

代表者名 △ △ △ △ △

R7年度から、押印不要となりました

実績明細合計

介護予防支援

介護予防ケアマネジメント

種類	件数	内訳	委託料	初回(加算)の件数 ×6,339円	種類	件数	内訳	委託料	初回(加算)の件数 ×6,339円
初回	2		〇〇円		初回	1		〇〇円	
継続	1		〇〇円	継続の件数 ×3,776円	継続	1		〇〇円	継続の件数 ×3,776円
連携加算		1	〇〇円	委託連携加算の件数 ×3,126円	連携加算		0	〇〇円	委託連携加算の件数 ×3,126円
合計	3		●●円		合計	2		●●円	

- ※ 件数の欄は、初回or継続をカウントしてください。
- ※ 内訳の欄は、委託連携加算がある場合にカウントしてください。
- ※ 返戻/修正分は、件数及び委託料合計の欄には記載しないでください。
(過去に実績として請求しているため)

令和6年3月分までの委託料 (1件あたり)
初回・・・6,304円 継続・・・3,741円
委託連携加算・・・3,126円

受付印

記入例

介護予防支援 実績明細書（4月分）

①事業所名
②電話番号
を記載してください

▼事業所名 ○×居宅介護支援事業所

(Tel)078-999-9999

N O	氏 名	提 供 月	加 算		担当【CM】	備 考
			初回	連携加算		
1	明石 一郎	4			山 田	
2	明石 二郎	4			佐 藤	
3	明石 三郎	4		○	山 田	担当ケアマネジャー の名前を明記してください
4	明石 四郎	4			佐 藤	
5	明石 四郎	3	○	○	田 中	月遅れ

初回・委託連携加算がある場合には○をしてください。

要介護認定が未決定や変更申請中等の理由で 当月の請求ができない場合、要介護度が確定後に「月遅れ」として実績を請求してください。月遅れの場合は備考欄に明記してください

※返戻分は、請求は過去に一度されていますので請求書及び実績明細書には記載せず、「返戻・修正一覧表」の方に記載してください

- ※ 「事業所名」と「電話番号」を記載してください。
- ※ 利用者の氏名は50音順で記入してください。
- ※ 「月遅れ」請求の場合、月遅れとその旨を備考欄に明記してください。
- ※ 加算の欄には、初回加算 or 委託連携加算がある場合に○を明記してください。
- ※ 「月遅れ」で初回 or 委託連携加算がある場合は○を明記してください。
- ※ 返戻・修正の場合、「返戻・修正一覧表」に記載してください(この実績明細書には記載しないでください)
- ※ 担当【CM】の欄には、担当しているケアマネジャーの名前を明記してください。

記入例

介護予防支援 返戻・修正一覧表（4月分）

▼事業所名 ○×居宅介護支援事業所

(Tel) 078-999-9999

N O	氏 名	提 供 月	区 分	加 算		担 当 【CM】	備 考
				初 回	連 携 加 算		
1	明石 拓也	2	返戻・修正	○		山 田	担当ケアマネジャーの名前を明記してください
2	地域 美咲	3	返戻・修正			山 田	単位修正
3	兵庫 晋太郎	3	返戻・修正		○	佐 藤	
4			返戻・修正				
5			返戻・修正				その他、特記事項があれば記載してください
			返戻・修正				
			返戻・修正				
			返戻・修正				
			返戻・修正				
			返戻・修正				
			返戻・修正				
			返戻・修正				
			返戻・修正				
			返戻・修正				

- ※ 「事業所名」と「電話番号」を記載してください。
- ※ **利用者の氏名は50音順で記入してください。**
- ※ 返戻・修正の場合は、実績明細書とは別にこの「返戻・修正一覧表」で提出してください。
- ※ 返戻・修正の場合は、訂正分の給付管理票を添付してください。
- ※ 区分の欄には、返戻・修正どちらかを選択してください(○で囲んでください)。
- ※ 返戻で初回加算 or 委託連携加算がある場合は○を明記してください。
- ※ 返戻・修正請求の場合、請求書の金額には上げないでください。
- ※ 担当【CM】の欄には、担当しているケアマネジャーの名前を明記してください。

記入例

介護予防ケアマネジメント 実績明細書 (4月分)

①事業所名
②電話番号
を記載してください

▼事業所名 ○×居宅介護支援事業所

(Tel)078-999-9999

N O	氏 名	提 供 月	加 算		担当【CM】	備 考
			初回	連携加算		
1	明石 一郎	4			山 田	その他、特記事項があれば記
2	明石 二郎	4			佐 藤	
3	明石 三郎	4	○	○	山 田	月遅れ
4	明石 四郎	4			佐 藤	
5	明石 四郎	3	○	○	田 中	シルバーのみ

要介護認定が未決定や変更申請中等の理由で当月の請求ができない場合、要介護度が確定後に「月遅れ」として実績を請求してください

初回・委託連携加算がある場合には、○をしてください。

担当ケアマネジャーの名前を明記してください

※返戻分は、請求は過去に一度されていますので請求書及び実績明細書には記載せず、「返戻・修正

※ 「事業所名」と「電話番号」を記載してください。

※ 利用者の氏名は50音順で記入してください。

※ 「月遅れ」請求の場合、月遅れとその旨を備考欄に明記してください。

※ 加算の欄には、初回加算 or 委託連携加算がある場合に○を明記してください。

※ 「月遅れ」で初回加算 or 委託連携加算がある場合に○を明記してください。

※ 返戻・修正の場合、「返戻・修正一覧表」に記載してください(この実績明細書には記載しないでください)。

※ 担当【CM】の欄には、担当しているケアマネジャーの名前を明記してください。

※ シルバー人材センターが行う生活援助訪問型サービスのみを利用中の場合、備考欄に「**シルバーのみ**」と記載してください。(給付管理票はこれまで通り作成不要です。)

記入例

介護予防ケアマネジメント 返戻・修正一覧表（4月分）

▼事業所名 ○×居宅介護支援事業所

(Tel) 078-999-9999

N O	氏 名	提 供 月	区 分	加 算		担 当 【CM】	備 考
				初 回	連 携 加 算		
1	明石 拓也	2	返戻・修正	○		山 田	
2	地域 美咲	3	返戻・修正		○	山 田	シルバーのみ
3	兵庫 晋太郎	3	返戻・修正			佐 藤	単位修正
4			返戻・修正				
5			返戻				
			返戻・修正				
			返戻・修正				
			返戻・修正				
			返戻・修正				
			返戻・修正				
			返戻・修正				

返戻・修正のどちらかに○を囲んでください

返戻で初回or委託連携加算がある場合は○をしてください

担当ケアマネジャーの名前を明記してください

その他、特記事項があれば記載してください

- ※ 「事業所名」と「電話番号」を記載してください。
- ※ **利用者の氏名は50音順で記入してください。**
- ※ 返戻・修正の場合は、実績明細書とは別にこの「返戻・修正一覧表」で提出してください。
- ※ 返戻・修正の場合は、訂正分の給付管理票を添付してください。
- ※ 区分の欄には、返戻・修正どちらかを選択してください(○で囲んでください)。
- ※ 返戻で初回加算 or 委託連携加算がある場合に○を明記してください。
- ※ **返戻・修正請求の場合、請求書の金額には上げないでください。**
- ※ 担当【CM】の欄には、担当しているケアマネジャーの名前を明記してください。
- ※ **シルバー人材センターが行う生活援助訪問型サービスのみを利用中の場合、備考欄に「シルバーのみ」と記載してください。(給付管理票はこれまで通り作成不要です。)**