

担当高齢者サポートセンター名	事業者名	事業者番号	連絡先 TEL

※1:名字の1文字目をカタカナで入力してください。
※2:サービス単位/金額の「合計」欄の単位数を記入する。
※3:サービス変更内容、住宅改修(領収日)や福祉用具購入(購入日)等も記

		区 分			プラン種別		加算		減算		※3: サービス変更内容、 <u>住宅改修(領収日)</u> や <u>福祉用具購入(購入日)</u> 等も記							
	担当 CM	新規	変更	継続	介護予防 サービス 計画	介護予防 ケアマネ ジメント	初回	委託 連携	虐待防止 措置 未実施	業務継続 計画 未策定	負担 割合	モニタ リング	利用者番号 (前0は省く)4～6桁	記号 ※1	実績 入力済	新規・変更の場合には合計単位数・変更内容を記載する。		
																合計単位数 ※2	変 更 内 容 ※3	
1		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐			☐			
2		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐			☐			
3		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐			☐			
4		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐			☐			
5		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐			☐			
6		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐			☐			
7		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐			☐			
8		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐			☐			
9		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐			☐			
10		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐			☐			
給付合計件数																		

当月分:実績のない方(区変中・更新中・サービス実績なし・サービス終了等)

	利用者番号(前0は省く)4~6桁	記号	備 考	3			
1				4			
2				5			