

年 月分 介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成者一覧

提出日 年 月 日

高サポ名は▼をクリックしリストから選択

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
南行徳第一	〇〇ケアセンター	1234567890	000-000-0000

前月と給付内容が変更のない方

介護予防ケアマネジメント費の請求対象者

※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)等も記入

No.	担当CM	区分			プラン種別			回数	委託連携	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。	
		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	回								合計単位数 ※2	変更内容 ※3
1	A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						123456	ア	<input checked="" type="checkbox"/>		
2	A	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			2			134567	イ	<input checked="" type="checkbox"/>	〇〇〇〇	
3	B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						145678	ウ	<input checked="" type="checkbox"/>		
4	B	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			2			156789	エ	<input checked="" type="checkbox"/>	△△△△	
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>		
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>		
7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>		
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>		
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>		
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>		
給付合計件数																

初回加算対象の方  
委託連携加算対象の方

必ず、システムに実績を入力し、チェックを入れてください。

前月と給付内容が変更になった方。  
(例)  
「更新してまた支援になった方でプラン内容が変更になって給付単位が変わった」  
「有効期間内だがプランの変更があり給付内容が変更になった」  
「同事業所内で担当のケアマネが替わった」  
「事業所変更があった」  
など  
※変更の場合には利用票・別表をこの一覧表とともに提出して下さい。

①サービスC利用者は、「サービスC実績あり」と記載  
②変更になった事由、変更になったサービス内容を記入。住宅改修及び福祉用具の購入があった場合も記載をお願いします。

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)

No.	利用者番号(前0は省く)4~6桁	記号	備考
1			
2			

当月に給付がない理由をご記入ください  
(例)要介護になったため、先月で要支援のサービスは終了。