

(別紙) 筑波地域包括支援センター 宛

介護予防ケアマネジメント 対象者一覧表(記入例)

年 月 審査分

(事業所名) 居宅介護支援センター〇〇

No.	提供月	被保険者氏名	介護支援専門員氏名	ケアマネジメント		初回加算		委託連携加算	負担割合	業務実施状況 (実施日を記入)					
				A	B	新規	再開			a	b	c	d	e	f
1	4月分	筑波 太郎	山本 次郎	○		○				5/1	4/22	4/2		4/4	4/4
2	5月分	筑波 太郎	山本 次郎	○						5/27			5/22		
3	5月分	筑波 花子	山本 次郎		○	○			3割	5/29	5/31	5/2		5/4	
4	月分														
5	月分														
6	月分														
7	月分														
8	月分														
9	月分														
10	月分														
11	月分														
12	月分														
13	月分														
14	月分														
15	月分														
16	月分														
17	月分														

請求なし

1	月分		
2	月分		
3	月分		
4	月分		

a: サービス事業者等の報告聴取日
b: 通所系事業所での面談または電話連絡実施日
c: 基本チェックリスト実施日
d: 訪問モニタリング
e: ケアプラン作成
f: サービス担当者会議開催
(医師の意見確認・医師へのケアプラン交付は介護予防支援のみ)

※ 請求書(介護予防ケアマネジメント)と併せて提出してください。

※ 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにおいて、居宅変更は初回加算に算定できません。