

## 様式第2号（第4条関係）

介護予防ケアマネジメント業務実績報告書【            月分】

事業所名 \_\_\_\_\_

年    月    日

| No. | 対象者<br>氏名 | 被保険者<br>番号 | 給付 | 類 型 | 初期加算 | 連携加算 | 介護支援<br>専門員氏名 |
|-----|-----------|------------|----|-----|------|------|---------------|
|     |           |            |    | A   |      |      |               |
| 1   |           |            |    |     |      |      |               |
| 2   |           |            |    |     |      |      |               |
| 3   |           |            |    |     |      |      |               |
| 4   |           |            |    |     |      |      |               |
| 5   |           |            |    |     |      |      |               |
| 6   |           |            |    |     |      |      |               |
| 7   |           |            |    |     |      |      |               |
| 8   |           |            |    |     |      |      |               |
| 9   |           |            |    |     |      |      |               |
| 10  |           |            |    |     |      |      |               |
| 11  |           |            |    |     |      |      |               |
| 12  |           |            |    |     |      |      |               |
| 13  |           |            |    |     |      |      |               |
| 14  |           |            |    |     |      |      |               |
| 15  |           |            |    |     |      |      |               |
| 16  |           |            |    |     |      |      |               |
| 17  |           |            |    |     |      |      |               |
| 18  |           |            |    |     |      |      |               |
| 19  |           |            |    |     |      |      |               |
| 20  |           |            |    |     |      |      |               |

\* 給付又は類型（A）について、該当する箇所に○印を記載して下さい。

\* 初期加算の取り扱いについては、新規に介護予防ケアマネジメントを実施した場合に○印を記載して下さい。また、委託連携加算に、該当した場合には、○印を記載して下さい。