

様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票（平成 年 月分）

| | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|-----|--------------------------|---|---|---|----|---|---|--|--|
| 保険者番号 | | | 保険者名 | | | 作成区分 | | | | | |
| | | | | | | 1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成 | | | | | |
| 被保険者番号 | | | 被保険者氏名 | | | 居宅介護／介護予防支援事業所番号 | | | | | |
| | | | フリガナ | | | 担当介護支援専門員番号 | | | | | |
| | | | | | | 居宅介護／介護予防支援事業者の事業所名 | | | | | |
| 生年月日 | | 性別 | 要支援・要介護状態区分 | | | 支援事業者の事業所所在地及び連絡先 | | | | | |
| 明・大・昭 年 月 日 | | 男・女 | 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 | | | 委託した場合 委託先の支援事業所番号 | | | | | |
| 居宅サービス・介護予防サービス支給限度基準額 | | | 限度額適用期間 | | | 介護支援専門員番号 | | | | | |
| 単位／月 | | | 平成 | 年 | 月 | ～ | 平成 | 年 | 月 | | |

| 居宅サービス・介護予防サービス | | | | | | | | | | | |
|------------------|----------------------|--|--|--|--|--|-----------------------------|-------------|---------------|---------|--|
| サービス事業者の 事業所名 | 事業所番号 (県番号－事業所番号) | | | | | | 指定・基準該当/ 地域密着型 サービス識別 | サービス 種類名 | サービス 種類コード | 給付計画単位数 | |
| | | | | | | | 指定・基準該当・地域密着 | | | | |
| | | | | | | | 指定・基準該当・地域密着 | | | | |
| | | | | | | | 指定・基準該当・地域密着 | | | | |
| | | | | | | | 指定・基準該当・地域密着 | | | | |
| | | | | | | | 指定・基準該当・地域密着 | | | | |
| | | | | | | | 指定・基準該当・地域密着 | | | | |
| | | | | | | | 指定・基準該当・地域密着 | | | | |
| | | | | | | | 指定・基準該当・地域密着 | | | | |
| | | | | | | | 指定・基準該当・地域密着 | | | | |
| | | | | | | | 指定・基準該当・地域密着 | | | | |
| | | | | | | | 指定・基準該当・地域密着 | | | | |
| | | | | | | | 指定・基準該当・地域密着 | | | | |
| | | | | | | | 指定・基準該当・地域密着 | | | | |
| | | | | | | | 指定・基準該当・地域密着 | | | | |
| | | | | | | | 指定・基準該当・地域密着 | | | | |
| | | | | | | | 指定・基準該当・地域密着 | | | | |
| | | | | | | | 指定・基準該当・地域密着 | | | | |
| | | | | | | | 指定・基準該当・地域密着 | | | | |
| | | | | | | | 指定・基準該当・地域密着 | | | | |
| | | | | | | | 指定・基準該当・地域密着 | | | | |
| | | | | | | | 指定・基準該当・地域密着 | | | | |
| | | | | | | | 指定・基準該当・地域密着 | | | | |
| | | | | | | | 指定・基準該当・地域密着 | | | | |
| | | | | | | | 指定・基準該当・地域密着 | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | | |