（別紙）

# 介護予防ケアマネジメント費請求明細書

| 地域包括支援センター名 | |
|---|---|

| 項番 | サービス提供月 | 証記載保険者番号 | | | | | | 証記載保険者名 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | 被保険者氏名（カナ） | 金額 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 例 | 令和元年5月 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 〇〇市 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | アキシマ　タロウ | 4,300 |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 合計金額 | |
|---|---|

※昭島市内の住所地特例施設に住民票があり、かつ、保険者が東京都外の利用者のみ対象となります。（国保連経由で請求ができないため）
※要支援者に係る介護予防ケアマネジメント費を国保連経由で請求する者は含めないこと。