藤井寺市いきいき笑顔ケアマネジメント手数料

請求明細書

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 対象月 | 　　年　　　月分 |

|  |  |
| --- | --- |
| 請求件数 | 合計　　　件 |

いきいき笑顔ケアマネジメントを行った内訳は下記のとおりです。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 同行訪問日 | 担当者氏名 |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※この手数料は、介護予防のためのケアマネジメントを行った結果（「私の予定表」）を対象者に説明し、理解してもらったものに対して支払うものです。

※同行訪問を行った月に、対象者に対して給付管理を行っている場合は除きます。