

様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票記載例

保険者番号										保険者名										
					4	8	9	9	9	9	保険者									
被保険者番号										被保険者氏名										
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	フリガナ	ヒホケンシャ									
										被保険者										
生年月日					性別					要支援・要介護状態区分										
明・大・昭 5年1月1日					男					要支援1・2 経過的要介護・要介護1・2・3・4・5										
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										
4,970 単位/月					平成 18年6月					~					平成 18年12月					
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																				
居宅介護/介護予防 支援事業所番号					0	7	0	0	4	0	0	0	1	3						
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					いわき市平指定介護予防支援事業所															
支援事業者の 事業所所在地及び連絡先					平字梅本21番地															
委託 した 場合		委託先の支援事業所番号			4	8	8	8	8	8	8	8	8	8						
		介護支援専門員番号			4	8	8	8	8	8	8	8	8							

注)： 作成区分は、3.介護予防支援事業者作成を で囲む。
 介護予防支援事業所（地域包括支援センター）が介護予防支援を居宅介護支援事業所に委託することから、介護予防支援事業所番号には依頼を受けた（給付管理票を提出する）地域包括支援センターの事業所番号を記載する。
 担当介護支援専門員番号欄（水色の色抜き部分）は、地域包括支援センターが記載するため空欄とする。
 委託先の支援事業所番号等（黄色の色抜き部分）には、貴事業所の番号及び作成した介護支援専門員の番号を記載する。