

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							
生年月日				性別		要支援・要介護状態区分									
明・大・昭 年 月 日				男・女		要支援 1・2 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											
単位／月				平成 年 月		～		平成 年 月							
				委託した場合				委託先の支援事業所番号							
								介護支援専門員番号							

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					
合計														