

介護予防・日常生活支援総合事業対象者における給付管理票等の表記例

様式第十一 (附則第二条関係)

給付管理票 (令和4年10月分)

保険者番号 1 0 2 0 1 2										保険者名 前橋市									
被保険者番号										被保険者氏名 フリガナ マエバシ イチロウ 前橋 一郎									
生年月日 明・大・昭 25年 5月 15日					性別 男・女					要支援・要介護状態区分等 事業対象者 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・総合事業 支給限度基準額 5,032単位/月										限度額適用期間 令和4年4月 ~ 令和 年 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・地域包括支援センター作成										居宅介護/介護予防 支援事業所番号 1 0 0 0 1 0 0 0 1 4									
担当介護支援専門員番号 1 2 3 4 5 6 7 8										居宅介護/介護予防 支援事業者の事業所名 前橋市地域包括支援センター中央									
支援事業者の 事業所所在地及び連絡先 前橋大手町 2-12-1 027-898-6275										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									

前橋市は事業対象者の
支給限度基準額は5,032単位

様式上、日にちは入ら
ない。年月で可

事業対象者の場合、前橋市は限度額適用期間
(終了年月日)がないので空欄とする。
ただし、システムからの帳票の都合上、年月入
力がされてしまう場合、見え消し対応可。

給付管理連絡票(令和4年10月分)

<居宅介護支援事業者 → 前橋市地域包括支援センター

介護保険証(3ページ)に
記載された包括の届年月日

介護予防サービス計画作成 介護予防ケアマネジメント 依頼届出年月日	令和4年4月3日
初回加算該当	有 ・ 無
委託連携加算該当	有 ・ 無

保険者番号 1 0 2 0 1 2										保険者名 前橋市									
被保険者番号										被保険者氏名 フリガナ マエバシ イチロウ 前橋 一郎									
生年月日 明・大・昭 25年 5月 15日					性別 男・女					要支援状態区分等 事業対象者 要支援 1・2									
介護予防サービス・総合事業 支給限度基準額 5,032 単位/月										限度額適用期間 令和4年 4月 3日 ~ 年 月 日									

作成区分 1. 介護予防支援事業者及び (委託先)居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成										受託居宅介護支援 事業所番号 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1									
受託居宅介護支援 事業者事業所名 居宅介護支援事業所〇〇 TEL 027-123-4567										担当介護支援専門員 登録番号 1 2 3 4 5 6 7 8									
担当介護支援専門員 氏名 大手 太郎																			

事業対象者の場
合5,032単位

事業対象者の場合、限度額適用期間(開
始年月日)は、介護予防ケアマネジメント
依頼届出年月日を記載する。

事業対象者の場合、空
欄とする。

事業所名 (県番号-事業所番号)	サービス種類名	サービス 種類コード	給付計画 単位数
---------------------	---------	---------------	-------------