

予防給付

## 介護予防支援業務実績報告書

令和 年 月 日

黒石市長様

事業者名

---

令和 年 月分介護予防支援業務実績として、下記のとおり報告します。

記

(全 枚中 枚目)

番号	被保険者番号 (被保険者番号順に記載してください。)	利用者名	初回加算の有無	委託連携 加算の有無
1			有・無	有・無
2			有・無	有・無
3			有・無	有・無
4			有・無	有・無
5			有・無	有・無
6			有・無	有・無
7			有・無	有・無
8			有・無	有・無
9			有・無	有・無
10			有・無	有・無
11			有・無	有・無
12			有・無	有・無
13			有・無	有・無
14			有・無	有・無
15			有・無	有・無
16			有・無	有・無
17			有・無	有・無
18			有・無	有・無
19			有・無	有・無
20			有・無	有・無