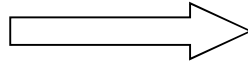


受付票

令和 年 月 日

サービス提供事業所



地域包括支援センター

事業所名 _____

下記の帳票等を提出します。

NO.	被保険者番号	利用者氏名	担当CM	個別援助 計画書	評価表	備 考
1						
2						
3						

サービス提供票を提出します。（ 月請求分）

NO.	被保険者番号	利用者氏名	備 考
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

※件数が多い場合は、別紙一覧を添付していただいてもかまいません。

包括受付者確認印