

別記第4号様式（第7条関係）

見附市介護予防事業所運営支援交付金実績報告書

年 月 日

（宛先）見附市長

所 在 地：
法 人 名：
代表者職・氏名： 印

見附市介護予防事業所運営支援交付金の交付対象事業は、下記のとおり完了したので報告します。また、速やかに交付金を交付して下さいようお願いいたします。

記

事業所番号	
事業所名	
サービス種類 (右のいずれかに☑を記入)	☐ 介護予防通所介護 ☐ 介護予防通所リハビリテーション
選択的サービス (右のいずれかに☑を記入)	☐ 運動機能向上サービス ☐ 栄養改善サービス ☐ 口腔機能向上サービス
交付金額 (@5,000 円 × 月)	円

添付資料

1. 交付金対象者一覧表（第3号様式の1）
2. 事業所において実施している要介護度改善に向けて行ったサービスの具体的内容を記した書面（第3号様式の2）
3. 振込口座通帳の写し（通帳の名義人フリガナと口座番号が確認できる面）

交付金対象者一覧表

事業所名()

	被保険者番号	氏 名	期間中の要介護度	更新後の 要介護度	更新後の有効期間	改善後の月数(か月)
1			要支援 1 ・ 要支援 2	要支援 1 ・ 非該当	・ ・ ～ ・ ・	月
2			要支援 1 ・ 要支援 2	要支援 1 ・ 非該当	・ ・ ～ ・ ・	月
3			要支援 1 ・ 要支援 2	要支援 1 ・ 非該当	・ ・ ～ ・ ・	月
4			要支援 1 ・ 要支援 2	要支援 1 ・ 非該当	・ ・ ～ ・ ・	月
5			要支援 1 ・ 要支援 2	要支援 1 ・ 非該当	・ ・ ～ ・ ・	月
6			要支援 1 ・ 要支援 2	要支援 1 ・ 非該当	・ ・ ～ ・ ・	月
7			要支援 1 ・ 要支援 2	要支援 1 ・ 非該当	・ ・ ～ ・ ・	月
8			要支援 1 ・ 要支援 2	要支援 1 ・ 非該当	・ ・ ～ ・ ・	月
9			要支援 1 ・ 要支援 2	要支援 1 ・ 非該当	・ ・ ～ ・ ・	月
10			要支援 1 ・ 要支援 2	要支援 1 ・ 非該当	・ ・ ～ ・ ・	月
11			要支援 1 ・ 要支援 2	要支援 1 ・ 非該当	・ ・ ～ ・ ・	月
12			要支援 1 ・ 要支援 2	要支援 1 ・ 非該当	・ ・ ～ ・ ・	月
13			要支援 1 ・ 要支援 2	要支援 1 ・ 非該当	・ ・ ～ ・ ・	月
14			要支援 1 ・ 要支援 2	要支援 1 ・ 非該当	・ ・ ～ ・ ・	月
15			要支援 1 ・ 要支援 2	要支援 1 ・ 非該当	・ ・ ～ ・ ・	月
16			要支援 1 ・ 要支援 2	要支援 1 ・ 非該当	・ ・ ～ ・ ・	月
17			要支援 1 ・ 要支援 2	要支援 1 ・ 非該当	・ ・ ～ ・ ・	月
18			要支援 1 ・ 要支援 2	要支援 1 ・ 非該当	・ ・ ～ ・ ・	月
19			要支援 1 ・ 要支援 2	要支援 1 ・ 非該当	・ ・ ～ ・ ・	月
20			要支援 1 ・ 要支援 2	要支援 1 ・ 非該当	・ ・ ～ ・ ・	月
合計	人					月

※改善後の月数は年度末現在で記入

要介護度改善に向けて行なった選択的サービスの具体的内容

事業所名	
記入者氏名	

注) 選択的サービスは、運動機能向上サービス、栄養改善サービス、口腔機能向上サービスの取り組みを含みます。

◎要介護度の維持又は改善につながったと考えている取り組み内容
(職員研修等、職員への指導や啓発に関する内容も含みます。)

◎今後要介護度の維持又は改善の取り組みとして実施を検討している内容