

様式第3号(第7条関係)

介護手当支給情報報告書

年 月～ 月 分

報告事業所名・ケアマネ名

No. \_\_\_\_\_

	被保険者番号	氏 名	生年月日	入・退院の状況		
				月	月	月
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

病院入・退院の状況について、記入願います。在宅であれば、空白のままをお願いします。

4・5・6月、7・8・9月、10・11・12月、1・2・3月の3箇月ごとの状況について7月・10月・1月・4月の各10日までに報告願います。なお、手当の支給は報告月の2箇月後の末日になります。