

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料請求書

令和 年 月 日

様

法人住所  
 法人名 印  
 代表者職氏名  
 居宅介護支援事業所名  
 担当者 連絡先

次のとおり請求します。

請求金額	円
------	---

(内 訳) 令和 年 月提供分

介護予防 サービス計画費	契約単価	件数	金額	
	基本単価	4,220円	件	円
	初回加算	3,000円	件	円
	委託連携加算	3,000円	件	円
合 計			円	

介護予防 ケアマネジメント費 (ケアマネジメントA)	契約単価	件数	金額	
	基本単価	4,220円	件	円
	初回加算	3,000円	件	円
	委託連携加算	3,000円	件	円
合 計			円	

介護予防 ケアマネジメント費 (ケアマネジメントB)	契約単価	件数	金額	
	基本単価	2,800円	件	円
	初回加算	3,000円	件	円
	委託連携加算	3,000円	件	円
合 計			円	

(振込先)

金融機関名・支店名	口座番号				
銀行 本店	普通				
信金 支店	当座				
農協					
フリガナ					
口座名義					

- 注) 1. 請求印は契約書と同じものを押印してください。  
 2. 業務報告書を添付してください。  
 3. 金額以外の修正をする場合は、訂正箇所にも二重線を引き、訂正印(請求印と同じ印)を必ず押印してください。  
 4. 請求者欄に変更がある場合は、届け出てください。