

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
 代表者職氏名
 居宅介護支援事業所名
 担当者

連絡先

印

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
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
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
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									

私は、口座名義人
 受領の権限を委任する。

を代理人と定め、

委任者 住所

氏名

印

受託者 住所

氏名

印

- 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、修正印(請求印と同じ印)を必ず押印してください。
 4. 請求者蘭に変更がある場合は、届け出てください。