（令和　　年　　月分）

**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**

（記入日）令和　 　年　 月　 日

神流町長　田村　利男　様

（請求者）

所在地

法人名

代表者職名　　　　　　　　　　　　　　印

次のとおり請求します。

金　　　　　　　　　円也

〔請求内訳〕

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 件数 | 契約単価 | 金額 |
| 【要支援者】介護予防支援費 | 件 | 4,420円 | 円 |
| 【事業対象者】介護予防ケアマネジメント費 | 件 | 4,420円 | 円 |
| 初回加算 | 件 | 3,000円 | 円 |
| 委託連携加算 | 件 | 3,000円 | 円 |
|  |  |  | 円 |
| 合計 | ― | ― | 円 |

〔振込先〕

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 銀行  信用金庫  農協 | | |  | | | | | 本店  支店 | | フリガナ |  |
| 口座番号 | 普通  当座 | |  |  | |  |  |  |  |  |  | 口座名義 |  |

※振込先が前回と同様の場合は記入する必要はありません。

※口座番号は右づめでお願いします。

**介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務内訳書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 被保険者番号 |  | 初回加算 |  | 金額 | 円 |
| 委託連携加算 |  |
| 住　　所 |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| ２ | 被保険者番号 |  | 初回加算 |  | 金額 | 円 |
| 委託連携加算 |  |
| 住　　所 |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| ３ | 被保険者番号 |  | 初回加算 |  | 金額 | 円 |
| 委託連携加算 |  |
| 住　　所 |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| ４ | 被保険者番号 |  | 初回加算 |  | 金額 | 円 |
| 委託連携加算 |  |
| 住　　所 |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| ５ | 被保険者番号 |  | 初回加算 |  | 金額 | 円 |
| 委託連携加算 |  |
| 住　　所 |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| ６ | 被保険者番号 |  | 初回加算 |  | 金額 | 円 |
| 委託連携加算 |  |
| 住　　所 |  | | |
| 氏　　名 |  | | |